



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**

**IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DE 60 A 80 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 94.**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL:

TITULO DE ESPECIALISTA

EN:

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MONTOYA RUIZ MARÍA GUADALUPE

ASESOR PRINCIPAL:

DR. SALAZAR REYES JUAN PABLO



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 "SAN JUAN DE ARAGON" DEL ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA NORTE DE LA CIUDAD DE MEXICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, AGOSTO DEL 2022



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE CIUDAD DE MEXICO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN TITULADO

**IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DE 60 A 80 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 94.**

CON FINES DE TITULACION PARA LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Investigador Asociado

Dra. Montoya Ruiz María Guadalupe

Médico residente del curso de Especialización en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 94, Instituto Mexicano del Seguro Social

Matrícula: 97367112

Domicilio: Camino antiguo San Juan Aragón No. 235 Colonia: Ampliación Casas alemán

Teléfono: 57672977, extensión: 21465

Correo electrónico: sweterblue@hotmail.com

Investigador Responsable

Dr. Salazar Reyes Juan Pablo.

Médico Especialista en Medicina Familiar, Profesor e Instructor de Práctica Clínica del curso de

Especialidad en Medicina Familiar.

Matrícula: 99362280

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 94.

Domicilio: Camino antiguo San Juan Aragón No. 235 Colonia: Ampliación Casas alemán

Teléfono: 57672977, extensión: 21465

Correo electrónico: pablo100412@hotmail.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **3511**.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS **19 CI 09 017 032**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 09 CEI 012 2018082**

FECHA **Miércoles, 17 de noviembre de 2021**

Dr. JUAN PABLO SALAZAR REYES

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2021-3511-080

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. ANDRÉS LEON SANTAMARIA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DE 60 A 80 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 94.**

Hoja de Autorizaciones

Proyecto Autorizado por el Comité Local de Investigación 3511
Con Número de Registro en SIRELCIS: R-2021-3511-082

Dr. Sergio Alberto León Ángeles

Director de la UMF No. 94

Dr. Ignacio Rodríguez Pichardo

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF No. 94

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94

Dra. Judith Magdalena Corona Lara

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94

Dr. Juan Pablo Salazar

Profesor Adjunto y Asesor de tesis del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF
No. 94

AGRADECIMIENTOS

A Dios. Por darme la oportunidad de seguir viviendo y permitirme realizar esta meta.

A mis padres María y Edilberto Por ser unos padres maravillosos, quienes desde niña inculcaron valores de constancia en alcanzar mis metas y realizar siempre lo que me hiciera feliz como es la medicina. Por su amor, apoyo incondicional y preocupación de cada paso que he dado y la alegría que celebran de mis logros cumplidos. A ustedes que me han regalado su tiempo y apoyo en todo momento y la mejor de las herencias que una hija pueda tener.

A mi Esposo. Por estar al pendiente de mí en mis días de ausencia durante el curso de la especialidad, e inculcar el amor por servir a los demás.

A mis hermanos y Sobrina. Quiénes brindaron el apoyo y aliento para continuar en este camino y aun en la distancia siempre estar al pendiente de mis necesidades y malos momentos y siempre estar en mis pensamientos en los momentos de soledad al estar a la distancia, pues me esfuerzo todos los días para ser un ejemplo para ellos y que sigan siendo las mejores personas y excelentes profesionistas.

A mis profesores. Dr. Juan Pablo Salazar, Dr. Rodrigo Villaseñor y Dra. Judith Corona por dedicar su tiempo y esmero en formar médicos especialistas en medicina familiar con gran calidad humana y profesional durante toda la vida, médicos los cuales necesita el instituto y todo México.

A mis amigos. Con quienes durante tres años viví grandes experiencias, en clases, sesiones, rotaciones, guardias y hoy culminamos esta meta juntos, siempre con su apoyo incondicional.

A mis pacientes. Por permitirme ser su médico y compartir con ellos sus vivencias, su enfermedad y su valor, pues me ayudaron a reafirmar todos los días mi compromiso hacia ellos, hacia su salud y bienestar y le dan un profundo sentido al trabajo que realizo y culminar como un gran médico familiar y hacerme cumplir el sueño de ser especialista-

A todos ustedes les dedico
esta tesis.

GRACIAS.

Con cariño
Dra. Montoya Ruiz María Guadalupe
Médico Residente en Medicina Familiar

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN INTEGRADO	8
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
MARCO TEORICO	10
Insomnio.....	10
Sueño	10
Calidad de Vida	10
Epidemiología	10
Factores de Riesgo.....	13
<i>Factores predisponentes</i>	13
<i>Factores precipitantes</i>	13
<i>Factores perpetuos</i>	14
Etiología	14
Fisiopatología	18
Diagnóstico	19
Tratamiento.....	21
Impacto en la calidad de vida.....	28
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	29
JUSTIFICACION	31
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	33
PREGUNTA DE INVESTIGACION	34
OBJETIVOS DE ESTUDIO	34
Objetivo general:	34
Objetivos específicos:.....	34
Hipótesis alterna.....	34
Hipótesis nula	34
SUJETOS, MATERIAL Y METODOS	35
Diseño del estudio. Se trató de un estudio descriptivo observacional, transversal y analítico..	35

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	36
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	38
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	40
DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	42
ANÁLISIS DE DATOS.....	46
ASPECTOS ETICOS.....	46
RECURSOS	51
<i>Humanos</i>	51
<i>Recursos físicos y tecnológicos</i>	51
RESULTADOS.....	52
ANALISIS DE RESULTADOS	58
DISCUSION.....	62
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	66
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	67
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
ANEXOS.....	72
ANEXO 1 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	72
ANEXO 2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	73
ANEXO 3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.....	75
ANEXO 4 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	77
ANEXO 5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	78

RESUMEN INTEGRADO

IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94.

Montoya Ruiz María Guadalupe¹, Salazar-Reyes Juan Pablo².

1. Residente de Segundo año Medicina Familiar UMF No 94.
2. Médico Familiar. UMF No 94, IMSS.

RESUMEN

Antecedentes: el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en México y el resto del mundo, prevalente en mujeres y en el grupo etario de adultos mayores, representa un importante problema de salud pública, vinculado a una sociedad moderna y a diversos factores, teniendo un gran impacto en la calidad de vida y salud en este grupo etario. **Objetivo:** identificar el impacto del insomnio en la calidad de vida en adultos mayores de 60 a 80 años. **Material y Métodos:** estudio observacional, transversal y analítico con número de registro R-2021-3511-080 en adultos mayores mediante encuesta, se utilizó la prueba estadística chi cuadrada para determinar la asociación de la calidad de vida (instrumento utilizado Whoqol-Bref y escala de calidad de sueño de Pittsburgh) con el insomnio (escala utilizada índice de severidad del insomnio). **Resultados:** se incluyó a 136 participantes, el 60.3% del sexo femenino, con promedio de edad de 69.53 \pm 5.17 años, el 69.9% con estado civil casado, 57.4% refiere ocupación al hogar/jubilado, la escolaridad predominante fue la primaria con 48.5%; en relación a la clasificación del insomnio por el Índice de Severidad del insomnio presento 47.8% insomnio moderado y 33.1% insomnio grave; con respecto a la calidad de vida 38.2% refieren leve y 43.4% no relevante; al asociar el índice de severidad del sueño con la calidad de vida se obtiene una p 0.142. **Conclusiones:** el insomnio no tiene relación en el impacto de la calidad de vida en adultos mayores de 60 a 80 años de edad adscritos a la UMF No. 94; este estudio demuestra que ningún adulto mayor se encuentra con alteraciones graves en su calidad de vida, encontrándose alteraciones leves, a poco relevantes, a pesar de que los participantes presentan un índice de severidad del sueño alterado (insomnio clínico moderado y grave).

Palabras clave: insomnio, adultos mayores, calidad de vida, impacto.

ABSTRACT
INTEGRATED SUMMARY

**IMPACT OF INSOMNIA ON THE QUALITY OF LIFE IN ADULTS OLDER FROM 60 TO 80
YEARS OLD ASSIGNED TO THE FAMILY MEDICINE UNIT N° 94.**

Montoya Ruiz María Guadalupe¹, Salazar-Reyes Juan Pablo².

1. Second year Resident of Family Medicine UMF No 94.
2. Family Physician. UMF No 94, IMSS. ABSTRACT

Background: insomnia is the most frequent sleep disorder in Mexico and the rest of the world, prevalent in women and in the elderly age group, it represents an important public health problem, linked to a modern society and various factors, having a great impact on the quality of life and health in this age group. Objective: to identify the impact of insomnia on quality of life in adults aged 60 to 80 years. Material and Methods: Observational, cross-sectional and analytical study with registration number R-2021-3511-080 in older adults through a survey, the chi-square statistical test was used to determine the association of quality of life (instrument used Whoqol-Bref and Pittsburgh sleep quality scale) with insomnia (scale used insomnia severity index). Results: 136 participants were included, 60.3% female, with an average age of 69.53 ± 5.17 years, 69.9% with married marital status, 57.4% referred occupation to the home/retired, the predominant schooling was primary with 48.5 %; In relation to the classification of insomnia by the Insomnia Severity Index, 47.8% presented moderate insomnia and 33.1% severe insomnia; Regarding quality of life, 38.2% reported mild and 43.4% not relevant; When associating the sleep severity index with quality of life, a p 0.142 is obtained. Conclusions: insomnia is not related to the impact of quality of life in adults older than 60 to 80 years of age assigned to UMF No. 94; This study shows that no older adult has serious alterations in their quality of life, finding slight alterations, to little relevant, despite the fact that the participants present an index of altered sleep severity (moderate and severe clinical insomnia).

Keywords: insomnia, older adults, quality of life, impact

MARCO TEÓRICO

Insomnio

La clasificación internacional de los trastornos de sueño, define al insomnio como “la dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidades para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano”. El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes y con mayor repercusión, tanto social como sanitariamente. Afecta a todas las edades, predominado en adultos mayores, se ha observado en todas las culturas y países.^{1,2}

Sueño

El sueño es un estado de inconsciencia reversible durante el cual disminuyen los niveles de actividad fisiológica y el sujeto se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad; sin embargo, es durante este estado en el que las funciones necesarias para tener un desempeño adecuado durante la vigilia se llevan a cabo.^{1,2,4}

Calidad de Vida

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.^{5,6}

Es conocida la importante repercusión del insomnio sobre la calidad de vida del paciente que lo padece. Entre los diferentes efectos que pueden aparecer en la vigilia del día siguiente se encuentran la fatiga, irritabilidad, disminución de la atención y de la capacidad de concentración, trastornos de memoria y somnolencia diurna con importantes repercusiones en cuanto a accidentalidad laboral y de tráfico. Todo ello justifica la necesidad de un adecuado enfoque diagnóstico y terapéutico del paciente insomne.⁷

Epidemiología

Epidemiología internacional

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los de mayor trascendencia sanitaria y social. Se da en todos los grupos de edad y ha sido observado en todas las culturas y países.

En estudios internacionales revisados las cifras varían entre un 12% y un 40%. Se ha estimado que, entre los mayores de 65 años, la mitad de los que viven en casa y el 60% de los que viven en residencias padecen algún trastorno del sueño; de ellos la dificultad para iniciar y mantener el sueño y la somnolencia diurna es más frecuente en los ancianos que en otros grupos de edad.

- 28 % refirieron dificultad en el inicio del sueño
- 42% dificultad en el inicio del sueño y en su mantenimiento

La prevalencia del insomnio aumenta cuando el adulto mayor, presenta problemas de salud y se encuentra en tratamiento crónico. Es también más alta en mujeres mayores con antecedentes de divorcio o viudas. A partir de los 85 años la prevalencia entre hombres y mujeres se va igualando.

Alrededor de un 32% de los mayores de 65 años presentan perturbaciones en la esfera del sueño; las cifras se sitúan en torno al 12% cuando se refieren a las clasificaciones del insomnio.

Existe un incremento importante en la prevalencia del insomnio, a partir de la séptima década de la vida, y en pacientes adultos mayores hospitalizados por cualquier causa, dado que en ellos existe una disminución de su funcionalidad.

Actualmente se ha presentado un incremento significativo en el uso de agentes hipnóticos para insomnio durante un período de 10 años ⁸

Epidemiología nacional

El insomnio es la queja más frecuente relacionada al sueño. Se ha documentado que un tercio de la población adulta tiene dificultades para dormir, y uno de cada cinco las presenta más de tres noches por semana, siendo más frecuente en las mujeres, áreas urbanas y en aquéllos que son portadores de hipertensión arterial sistémica. En el Valle de México, en mujeres mayores de 40 años, la prevalencia alcanzó el 42%, mientras que en hombres fue de 26%. Conocer la magnitud epidemiológica de los trastornos del sueño y sus factores relacionados son elementos indispensables para justificar la asignación de recursos e implementar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento. Existe evidencia sólida y creciente de que esas estrategias reducen la carga de enfermedades cardiometabólicas y de muerte prematura^{9,10}

El insomnio es el trastorno del sueño más común, con una prevalencia reportada del 10 al 15%, dependiendo según los criterios diagnósticos utilizados, aproximadamente el 50% de los que tienen síntomas que cumplen con los criterios para el trastorno de insomnio tienen un curso crónico, con una incidencia a un 1 año del 5%, siendo el síntoma más común la dificultad para mantener el sueño, afectando hasta un 61% de las personas con insomnio.

El despertar temprano en la mañana afecta a un 52% de pacientes con insomnio y la dificultad de quedarse dormido, afecta a un 38% de los afectados; casi la mitad de los pacientes diagnosticados de insomnio, presentan dos o más de estos síntomas.^{11,12}

Las manifestaciones del insomnio a menudo cambian con el tiempo; una persona puede presentar inicialmente dificultad para quedarse dormido y posteriormente tener dificultad para permanecer dormido, o viceversa.¹³

En México el tiempo promedio de sueño es discretamente superior a nivel internacional con un 28.4% refiriendo dormir menos de 7 horas, siendo más frecuente en hombres. Los determinantes de la duración y necesidad de sueño en un individuo incluyen factores genéticos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y hábitos y, al momento, la recomendación de tiempo de sueño para adultos es la misma en hombres y mujeres; el mayor reporte de sueño corto en hombres pudiera estar condicionado por factores socioculturales.

Las prevalencias encontradas en México de insomnio y somnolencia diurna resultan preocupantes por su relación con el incremento de hipertensión arterial y alteraciones del metabolismo de la glucosa, e incluso con deterioro cognitivo asociados con insomnio, e incremento en el riesgo de accidentes laborales y vehiculares. Se ha documentado que residir en zonas urbanas afecta significativamente los hábitos de sueño, especialmente la reducción en las horas de sueño. El consumo actual de tabaco se asocia con mayor riesgo de insomnio.

El grupo de edad de 40 a 60 años mostró mayor prevalencia de sueño corto e insomnio, mismo que se asocia con un incremento en la mortalidad: incidencia de obesidad, hipertensión, diabetes, y enfermedad cardiovascular. La frecuencia de uso de hipnóticos en México fue mayor en mujeres que en hombres, sin embargo, no se observaron diferencias por género en la Ensanut 2016, contrario a lo previamente reportado para Ciudad de México con mayor consumo en mujeres que en hombres (7.7 contra 3.3%); estas diferencias pueden deberse a la distribución de los grupos etarios incluidos. En adultos mayores se encontró mayor prevalencia de tiempo de sueño largo y uso de hipnóticos, sin embargo, su asociación con incremento en la mortalidad no es hasta el momento contundente y pudieran corresponder a un marcador de mala salud.¹⁴

Factores de Riesgo

Siete personas de cada 100 desarrollan síntomas de insomnio, más frecuente en personas psicológicamente vulnerables, en aquellas que ya han desarrollado insomnio en el pasado, con antecedentes familiares, con pobre estado de salud y problemas que originan dolor. Hay una gran cantidad de entidades nosológicas que las favorecen, ya sea a través de ellas mismas o de su manejo farmacológico, los cuales modifican los patrones de sueño y provocan insomnio. También son factores de riesgo el hacer siestas durante el día, acostarse temprano en la cama o usarla para otras actividades, las cenas copiosas o la falta de ejercicio; se asocian con condiciones ambientales como exceso de ruido o luz, temperaturas extremas, poca exposición al sol, cama incomoda.

Existe un modelo para explicar de manera adecuada los factores causantes de insomnio, consta de tres factores para comprender la etiología y la persistencia del insomnio, este fue descrito por Spielman y sus colegas.¹⁵ Este modelo identifica factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores que se combinan para aumentar la probabilidad de insomnio por encima del umbral de insomnio.

Factores predisponentes

- Las mujeres mayores de 45 años tienen 1,7 veces más probabilidades de tener insomnio que los hombres.
- Las personas divorciadas, separadas o viudas también tienen más probabilidades de padecer insomnio que las personas casadas.
- Los niveles más bajos de educación o ingresos pueden contribuir al insomnio en algunos casos.
- El tabaquismo, el consumo de alcohol y la reducción de la actividad física son otros factores asociados con tasas más altas de insomnio en los adultos mayores.¹⁶

Factores precipitantes

Estos factores incluyen eventos estresantes de la vida o condiciones médicas que pueden interrumpir el sueño.

- Los adultos mayores con síntomas respiratorios, discapacidad física y una salud percibida de regular a mala tienen un mayor riesgo de insomnio.

- Los medicamentos como los betabloqueantes, los glucocorticoides, los antiinflamatorios no esteroideos, los descongestionantes y los antiandrógenos pueden ser uno de los factores que contribuyen al insomnio.
- Los pacientes con depresión y trastorno de ansiedad generalizada tienen tasas más altas de insomnio.¹⁶
-

Factores perpetuos

Estos factores consisten en cambios conductuales o cognitivos que surgen como resultado del insomnio agudo. Un episodio agudo de insomnio no necesariamente se convertirá en insomnio crónico sin que esto provoque eventos conductuales y cognitivos.

- Pasar demasiado tiempo en la cama
- Tener siestas frecuentes y acondicionamiento como estar pasando por situaciones de ansiedad antes de comenzar el sueño o debido al miedo a pasar otra noche sin dormir¹⁷

Etiología

Podemos encontrar múltiples factores que suman a las causas del insomnio entre ellos podemos ver desde una perspectiva etiológica.

Insomnio primario: no tiene un factor etiológico claramente identificable o no está asociado a ningún otro cuadro clínico. Puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento. Es decir, una vez descartado el diagnóstico de posibles causas de insomnio, como el consumo de sustancias que afectan el sueño, trastornos del ritmo circadiano y otros trastornos del sueño. Puede considerarse un trastorno independiente si coexiste con estos cuadros clínicos.¹⁸

Insomnio secundario o comórbidos: aparece como consecuencia, o en el contexto, de otro cuadro clínico, psiquiátrico o situación adaptativa. El insomnio comórbido es la forma más frecuente de insomnio. De acuerdo con el DSM-V el insomnio secundario depende de otro trastorno del sueño, un cuadro psiquiátrico, un cuadro médico, el efecto de un medicamento o de un fármaco de adicción. La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño incluye 19 afecciones médicas y psiquiátricas que pueden acompañarse de un insomnio secundario. Estos incluyen psicosis (esquizofrenia), trastornos del estado de ánimo (depresión severa), ansiedad, alcoholismo, demencia, enfermedad de Parkinson, insomnio familiar fatal, epilepsia de inicio del sueño, dolores de cabeza y sueño, isquemia cardíaca nocturna, La enfermedad pulmonar obstructiva, el asma nocturna, el reflujo gastroesofágico nocturno, la úlcera péptica y la

fibromialgia están relacionados. Debemos señalar que varias condiciones médicas y medicamentos clínicos que causan insomnio secundario no están considerados en la clasificación internacional de los Trastornos del Sueño.¹⁸

Clasificación

Por el tipo de queja

- *Retraso en el inicio del sueño o insomnio de conciliación.* Es la forma de insomnio más frecuentemente asociada a problemas médicos, fármacos o estados de ansiedad.
- *Alteración en la continuidad del sueño o insomnio de mantenimiento.* Cuando existe dificultad para mantener el sueño, apareciendo periodos de vigilia (despertares) frecuentes o prolongados durante el sueño.
- *Despertar temprano o despertar precoz.* Cuando el último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual para el paciente.
- *Sueño no reparador.* Pero los pacientes con insomnio suelen describir uno o más de los tipos de problemas solapándose y modificándose en el tiempo, de forma que esta aproximación sobre el tipo de síntoma de insomnio puede no ser útil desde el punto de vista práctico.¹⁸⁻²¹

Por su duración

- *Insomnio transitorio.* Duración inferior a una semana. Caracterizado por la existencia de factores desencadenantes estresantes que cuando se resuelven permiten al sujeto volver a su situación previa.
- *Insomnio de corta duración o agudo.* Mantenido entre una y 3 semanas, donde también pueden existir factores desencadenantes pero son más severos o duraderos.

Es importante diferenciar estos dos tipos de insomnio por la posibilidad de intervenir y evitar la transición de un insomnio de corta duración a un insomnio crónico. Aparecen en personas que normalmente duermen bien y dura varios días (transitorio) o de 1 a 3 semanas (de corta duración) y lo podemos considerar en un principio como una respuesta normal al estrés. El insomnio transitorio y de corta duración está determinado por factores precipitantes en relación todos ellos con el estrés, bien social (pérdida, dificultad financiera), estrés médico (hospitalización, enfermedad, efecto de medicaciones tanto su administración como su supresión), estrés en el ciclo vigilia- sueño (viajes transoceánicos con cambio de la zona horaria, cambio de horarios), estrés en el ambiente (nueva casa, trabajo, ruido, compañero de cama), que aumentan con la edad. La temperatura inadecuada o la altitud por encima de

4.000 m. también es causa de insomnio transitorio (en 1 o 2 semanas se produce la habituación). Estos tipos de insomnio son los más frecuentes y suelen responder bien al tratamiento con hipnóticos. Sin embargo hay factores que pueden perpetuar y transformar el insomnio de agudo a crónico y persistente. Suelen ser comportamientos y respuestas erróneas que se desarrollan en relación con la dificultad para dormir o por ejemplo una prescripción de un tratamiento prolongado que puede cronificarlo.¹⁹⁻²¹

- *Insomnio crónico.* Duración superior a 4 semanas. Puede deberse a diferentes enfermedades o procesos físicos o psíquicos o no tener causa evidente. En la actualidad representa en torno al 50% de los casos de insomnio.

Por su etiología

- *Insomnio primario:* se trata de un diagnóstico de exclusión basado en la definición de insomnio primario del DSM-IV que lo describe como la dificultad para conciliar el sueño, para mantenerlo o dificultad para conseguir un sueño reparador. Debe prolongarse por lo menos un mes, provocar malestar clínicamente significativo o deterioro en la actividad del individuo, y no aparecer exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia u otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium), ni ser debida a los efectos directos de sustancias (drogas, fármacos, etc.) o de una enfermedad médica.¹⁹⁻²¹

En estos casos el término primario implica que es la raíz del problema más que un síntoma. Su diagnóstico por lo tanto exige la realización de una exhaustiva historia clínica para descartar otro problema del cual sea un síntoma.

- *Insomnio secundario o asociado a otras enfermedades o situaciones adaptativas:* aunque poco se conoce acerca de la naturaleza de su asociación así como a la dirección de la causalidad, en este caso el insomnio secundario se comporta como un síntoma añadido.
- Es importante esta consideración debido a que nos permitirá tratar el síntoma o la enfermedad asociada al insomnio, además de realizar el tratamiento del propio insomnio. Dentro de los insomnios secundarios podríamos distinguir:
 - *Insomnio por mala higiene del sueño y hábitos inconvenientes*
 - *Alteraciones psiquiátricas asociadas al insomnio*

Hasta un 50% del insomnio crónico puede relacionarse con enfermedades psiquiátricas, como ansiedad (insomnio de conciliación), trastorno bipolar (en la fase de manía aparece una

disminución del tiempo total de sueño con gran energía al día siguiente), esquizofrenia (con pesadillas y fragmentación del sueño), depresión mayor (despertar precoz), etc.

- *Alteraciones cronobiológicas*

- Adelanto de fase: patrón de dormirse temprano y despertar precoz. Tiempo total de sueño normal (existe un adelanto del ritmo sueño/vigilia). El ciclo del ritmo circadiano se acorta con la edad (a partir sexta década).
- Retraso de fase: dificultad para iniciar el sueño a la hora convencional o deseada, asociado a dificultad para levantarse por la mañana a la hora prevista.
- Tiempo de sueño normal (solo se acorta por la necesidad de cumplir con los horarios establecidos). Es típico de adolescentes.
- Ritmo vigilia-sueño irregular: distribución caótica de los períodos de sueño/vigilia durante el día y la noche. Puede existir un largo período de sueño nocturno y el resto se distribuye en 3 o más siestas de menos de 4 h. Es frecuente en afectaciones cerebrales difusas. El tiempo de sueño total es normal, pero disperso a lo largo del día, lo que puede ocasionar hipersomnias diurnas o insomnio.
- Trabajo en turnos cambiantes: puede ocasionar insomnio o excesiva somnolencia de forma transitoria.
- Jet-Lag: síndrome del cambio rápido de zona horaria. En viajes transoceánicos aparece una desincronización transitoria del ciclo sueño-vigilia por el desajuste entre el horario del punto de partida y el de llegada. Durante la desincronización se experimenta insomnio o hipersomnias diurnas.

- *Insomnio por enfermedades médicas y neurológicas*

Por los síntomas característicos de la enfermedad o por efecto fisiológico directo de la propia enfermedad. Son múltiples las entidades que se asocian a insomnio. Destacan: procesos que cursan con dolor agudo/crónico como traumatismos, cefaleas, cáncer; cuadros neurológicos como demencia, enfermedad vascular cerebral; cuadros endocrinológicos como hipertiroidismo, diabetes mellitus, síndrome de Cushing, etc.

- *Insomnio fatal familiar*

Enfermedad de origen priónico, progresiva, de herencia dominante. Inicialmente se manifiesta en el adulto como insomnio de consolidación y evoluciona rápidamente a una incapacidad completa para iniciar y mantener el sueño. Aparecen signos de hiperactividad vegetativa y, posteriormente, disartria, temblor, mioclonías, ataxia, distonía y signos

piramidales. Progresa hacia el coma y la muerte en menos de 2 años.

- *Síndrome de las piernas inquietas* con una irresistible necesidad de moverlas e incluso de caminar para aliviarse.

Aparece en períodos. Constituye una de las causas más frecuentes de insomnio. La mayoría de los casos son idiopáticos aunque se relaciona con déficit de hierro, neuropatías periféricas e insuficiencia renal crónica.

- **Fármacos.** Anticonvulsivantes, broncodilatadores (teofilina), antidepresivos (bupropión, fenelcina, fluoxetina, o venlafaxina), descongestivos (fenilpropanolamina, pseudoefedrina), Betabloqueantes, esteroides (prednisona), estimulantes (metanfetamina, metilfenidato).

Fisiopatología

El insomnio se conceptualiza comúnmente como un trastorno de hiperactivación nocturna y diurna, que es tanto una consecuencia como una causa del insomnio y se expresa a nivel cognitivo y emocional niveles fisiológicos. Las personas con insomnio a menudo describen una preocupación excesiva, pensamientos y atención selectiva a los estímulos que despiertan.

La hiperactividad se manifiesta fisiológicamente en aquellos con insomnio como un aumento de todo el cuerpo. Tasa metabólica, elevaciones en el nivel de cortisol, aumento del consumo de glucosa en todo el cerebro durante tanto en el estado de vigilia como en el de dormir, y aumento de la presión arterial y electroencefalográficos de alta frecuencia actividad durante el sueño.²²

Los factores moleculares responsables de la regulación del sueño-vigilia incluyen las sustancias químicas que promueven la vigilia como la orexina, la norepinefrina, la histamina, y las sustancias químicas que promueven el sueño como GABA (ácido gamma aminobutírico), adenosina, melatonina y prostaglandina D2. El aumento de la activación neuronal mediada por orexina en las áreas que promueven la vigilia (núcleo tuberomamilar, rafe dorsal y locus coeruleus) y la inhibición de las áreas promotoras del sueño (núcleo preóptico ventrolateral y núcleo preóptico mediano) es uno de los posibles mecanismos que contribuyen al insomnio²⁰

Aspectos fisiopatológicos del insomnio en las personas ancianas

Con la edad se produce un mayor número de despertares y una disminución de las fases de sueño de ondas lentas (N3) y de sueño REM, con un incremento de las fases de sueño superficial (N1 y N2). Hay un mayor número de cambios de fase y el tiempo total de sueño se reduce de 10 a 30 minutos por cada década de la vida. El patrón circadiano también se modifica con la edad y da lugar a lo que se denomina un "avance de fase fisiológico con la edad". Esto significa que se adelantan relativamente el inicio del sueño y del despertar. Asimismo, vuelven a aparecer

episodios de somnolencia diurna, que refuerzan la necesidad de la siesta durante el día. Estos dos factores determinan de forma importante el patrón de sueño en las personas ancianas, las cuales tienen tendencia a ir antes a la cama y a levantarse más pronto. La siesta o las cabezadas diurnas contribuyen a un sueño nocturno de menor duración y menos profundo. Otro aspecto que influye en la presencia del insomnio es el comportamiento individual del paciente con respecto a su propio ritmo circadiano, muy determinado por lo que constituye la historia anterior del individuo, a qué se ha dedicado, tipo de trabajo y estresores asociados, turnos laborales nocturnos, hábitos y costumbres, estatus marital, nivel socioeconómico y educación. No menos importante es el nivel de actividad física ya que uno de los objetivos del sueño es ser reparador de energías, las personas ancianas suelen tener la actividad física reducida, lo cual genera períodos de sueño diurno, invierten el ritmo y se favorece el desvelo durante la noche. Las enfermedades acumuladas a lo largo de la vida como la insuficiencia cardiaca, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las afectaciones de tiroides, el reflujo gastroesofágico, los síndromes dolorosos, los problemas reumáticos, la patología prostática, el descontrol metabólico y sus secuelas son causas de insomnio en este grupo poblacional. Por otra parte, el insomnio suele formar parte del cortejo sintomático de comorbilidades frecuentes como la depresión, la ansiedad y la demencia. La presentación atípica de estas enfermedades dificulta el diagnóstico y consecuentemente su tratamiento. La depresión en el anciano no se presenta necesariamente con tristeza, llanto fácil, ideas nihilistas y falta de concentración, sino que la irritabilidad, la agresividad, la hipocondría, el enlentecimiento psicomotor, deterioro funcional y el insomnio pueden dominar el cuadro clínico y enmascarar un cuadro depresivo, lo que lleva a un diferimiento diagnóstico y al retraso del tratamiento antidepressivo adecuado; se inicia entonces, inapropiadamente, la terapéutica con hipnóticos y sedantes como las benzodiazepinas, fármacos que pueden comprometer más el estado depresivo y la calidad de vida, reducir la respuesta ante situaciones de alarma, deteriorar el desempeño global y cognitivo por un incremento en la sedación y ocasionar caídas por inestabilidad postural.²³

Otros factores sociales como la jubilación, el aislamiento social y la institucionalización favorecen la presencia de insomnio con impacto negativo en la salud.²³

Diagnóstico

El diagnóstico completo debe iniciar con realizar una completa y meticulosa historia clínica geriátrica en la que se puedan ver patologías médicas, tratamientos farmacológicos, tóxicos, excitantes. También debe incluir una descripción de la situación normal cardiorrespiratoria, funcional, cognitivo afectiva y socio familiar ^{19, 23,24 ,26}

☒ Historia del sueño

- Cronología: un inicio súbito, sugiere una situación estresante aguda.
 - Duración: habitualmente los trastornos crónicos están producidos por alguna enfermedad médica, psiquiátrica, neurológica o por un trastorno primario del sueño.
 - Dificultad para iniciar o mantener del sueño.
 - Cambios del comportamiento: si el paciente tiene demasiadas preocupaciones en cuanto a cambios producidos en su entorno, su habitación, cama, etc.
 - Síntomas que presenta: parestesias, movimientos incontrolados de las piernas, despertares nocturnos repetitivos, ronquidos, apneas o sintomatología diurna: fatiga, irritabilidad, falta de concentración.
 - Antecedentes familiares: si presenta antecedentes familiares de que algunos de sus miembros más allegados hubieran padecido insomnio, se tiene mucha más probabilidad de sufrir algún trastorno del sueño, sobre todo primario.
- *Diario de sueño*

Se debe registrar durante un mínimo de una semana un registro diario en el que se puedan ver diferentes datos del sueño y la vigilia, como puede ser la hora de levantarse, de acostarse, si se despierta muchas veces durante la noche, duración total del sueño, si realiza siestas, actividades que realiza durante el día y sobre todo antes de irse a la cama, (ingesta de algún alimento, bebida, medicación, lectura en la cama, charlas con su pareja, etc.) y una evaluación subjetiva de cómo el anciano vive estos trastornos. ^{19, 23,24 ,26}

- *Exploración física completa buscando signos de patología orgánica*
- *Pruebas complementarias*
- *Polisomnografía:* Con esta prueba podemos valorar la actividad cerebral y física mientras que el anciano está durmiendo, y poder saber cuál es la causa por la que se interrumpe el sueño o porque no es posible conciliar el sueño. Se registra el patrón de sueño mediante el análisis simultáneo, durante una noche de la actividad eléctrica cerebral, los movimientos oculares (electrooculografía), la actividad muscular, la respiración nasobucal y toracoabdominal, la actividad eléctrica cardíaca, la saturación transcutánea de oxígeno y los movimientos de las extremidades.
- *Test de latencia múltiple de sueño:* después de realizar la polisomnografía, el anciano debe intentar quedarse dormido cada cierto tiempo y así poder valorar el tiempo que tarda en quedarse dormido. Si tarda menos de cinco minutos se asocia con somnolencia patológica, debida a problemas respiratorios Principales trastornos del sueño en la vejez, valoración y tratamiento Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud que producen el insomnio y una somnolencia excesiva durante el día, aunque también muchos

ancianos con insomnio que se desconocen sus causas tienen el periodo de sueño aumentado.

La evaluación comienza por determinar si el problema es en la conciliación, en el mantenimiento del sueño, en el despertar a horarios deseados o bien una combinación de estos. El siguiente paso es caracterizar la severidad del problema, interrogando acerca del tiempo de evolución del insomnio, la frecuencia de aparición, y en cómo afecta la vida cotidiana.

Siempre se debe establecer si el ambiente y la oportunidad de sueño son los adecuados.

Es fundamental una buena descripción de los signos y síntomas específicos relacionados con el sueño y su historia médica general, incluyendo cuestiones psiquiátricas, médicas, hábitos tóxicos, el consumo de sustancias, etc. Se hace muchas veces necesaria la presencia en el interrogatorio de un compañero de cama u otra persona de la familia que conviva con el paciente. Es muy importante saber si el sujeto ronca, o tiene una respiración irregular, si manifiesta alguna alteración o movimiento relacionado con el sueño.^{19, 23,24 ,26}

Se debe registrar información específica acerca del paciente, a saber:

- Horario en el que se acuesta
- Latencia de sueño (tiempo que tarda en dormirse desde que se apaga la luz)
- Despertares nocturnos (si puede establecer su causa, número y duración)
- Horario del despertar final en la mañana
- Horario en el que se levanta de la cama
- Número, horario y duración de siestas diurnas o intentos de dormir de día

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico del insomnio

Las intervenciones psicológicas y conductuales son efectivas y recomendadas en el tratamiento del insomnio crónico primario, del secundario a comórbidas y del secundario a uso crónico de benzodiazepinas en todas las edades, incluidos los adultos mayores^{18,21 26,27}

El abordaje inicial en el insomnio crónico en el anciano deberá incluir al menos uno de los siguientes tratamientos no farmacológicos:

- Higiene de Sueño
- Terapia Cognitiva

- Control de Estímulos
- Restricción de Sueño
- Entrenamiento en Relajación
- Terapia de Luz

Las intervenciones psicológicas y conductuales tienen una efectividad importante y están recomendadas en el tratamiento del insomnio crónico primario, el secundario a comórbidos y el secundario a uso crónico de benzodiazepinas en todas las edades, incluido los adultos mayores. La combinación de tratamientos no farmacológicos, producen mejoras en los parámetros del sueño de los ancianos insomnes, medido en términos de latencia del inicio del sueño, número de despertares nocturnos, tiempo despierto después del inicio del sueño, y sueño total ^{24,28}

Es recomendable que al comenzar cualquier tratamiento médico para el insomnio en pacientes ancianos, se inicie simultáneamente con alguna de las terapias no farmacológicas comentadas, incluidas las medidas de higiene del sueño.

Higiene del sueño

Se trata de una intervención psicoeducativa con información básica sobre los hábitos de sueño y la higiene. En esta se incluyen instrucciones para establecer horarios regulares para dormir, evitar el uso de estimulantes (café, cigarrillos, alcohol, etc.) antes de dormir, y evalúa las condiciones de habitación: confort, ruido, temperatura, entre otros.

Terapia cognitiva conductual

Se refiere al control de pensamientos intrusivos sobre preocupaciones somáticas, muerte, limitación funcional, o situación familiar que interfieren con el sueño. Busca pensamientos alternativos y valora si se están consiguiendo o hay algún fallo, haciendo que estos pensamientos aumenten su frecuencia. Es una combinación de terapia cognitiva con los tratamientos conductuales (por ejemplo, control de estímulos, restricción del sueño), con o sin terapia de relajación. La terapia cognitiva trata de cambiar las creencias sobrevaloradas del paciente y las expectativas poco realistas sobre el sueño, su ventaja sobre el tratamiento farmacológico es el bajo riesgo de efectos secundarios y el mantenimiento a largo plazo de la mejora del patrón de sueño. Los pacientes que utilizaron la terapia cognitiva conductual mostraron mejoría sostenida en los siguientes 6 a 24 meses en comparación con otros tratamientos farmacológicos.

Apunta a educar a los pacientes insomnes sobre cómo establecer un ritmo de sueño-vigilia más adecuado y limitar el tiempo de vigilia y el comportamiento permitido en el dormitorio / cama, para eliminar la relación negativa entre la cama y los resultados indeseables, como la vigilia, la frustración y la preocupación. Estos estados negativos son frecuentemente condicionados en respuesta a los esfuerzos para dormir como resultado de períodos prolongados de tiempo despierto en la cama. Con el propósito de romper la asociación entre conductas inadecuadas: preocupación por el sueño, leer y ver televisión y el despertar.

Técnica de relajación: La relajación muscular progresiva, la imaginación guiada, o la respiración abdominal, se han diseñado para reducir los estados de activación cognitivos y somáticos que interfieren con el sueño. El entrenamiento de relajación puede ser útil en los pacientes que muestran elevados niveles de despertares y se utiliza a menudo con la terapia cognitivo conductual. En el Insomnio está orientada a pacientes que tienen problemas para focalizar su atención y que tienen pensamientos intrusivos o ajenos que no les permite conciliar el sueño.

Terapia con luz

Consiste en la exposición a la luz brillante o solar para estabilizar o cambiar el ritmo endógeno. Los desórdenes de sueño del ritmo circadiano pueden causar insomnio por la falta de sincronización entre el reloj interno del individuo y el horario externo. En pacientes con insomnio asociado a trastornos del ciclo circadiano con fase adelantada o atrasada del sueño se recomienda exposición a la luz solar (Terapia con luz) por las mañanas de 30 a 40 minutos para ayudar regular este problema.

El abordaje inicial en el insomnio crónico en el adulto mayor deberá incluir al menos uno de los siguientes tratamientos no farmacológicos:

Higiene del sueño, terapia cognitiva, control de estímulos, restricción del sueño, entrenamiento en relajación y terapia de luz. Por ende, la combinación de tratamientos no farmacológicos produce mejoras en los parámetros del sueño de los adultos mayores insomnes, medido en términos de latencia del inicio del sueño, número de despertares nocturnos, tiempo despierto después del inicio del sueño y sueño total.

En suma, es recomendable que, al comenzar cualquier tratamiento médico para el insomnio, este se inicie simultáneamente con alguna de las terapias no farmacológicas comentadas, en la que siempre se incluyan las medidas de higiene del sueño.

El tratamiento farmacológico es una herramienta para del manejo integral del insomnio. Cuando se decida esta opción terapéutica es importante el seguimiento de dicha intervención para valorar la respuesta, la aparición de efectos adversos y evitar la dependencia a largo plazo mediante la programación de deshabitación a los fármacos, en la medida de lo posible. ²⁸

Los pacientes deben ser informados sobre los objetivos terapéuticos, la duración del tratamiento y sobre posibles efectos secundarios, incluyendo los problemas de dependencia y tolerancia asociados a su uso, así como la discusión en curso sobre la eficacia a largo plazo. Hay que tener en cuenta que los pacientes suelen sobrestimar el efecto de los medicamentos para dormir.

Se ha reportado que hasta un 40% de los pacientes con insomnio se automedican.

Se recomienda tratamiento farmacológico durante el menor tiempo posible y con la dosis más baja efectiva. También se debe tener en cuenta: edad, tratamiento previo, interacciones farmacológicas, posibilidad de embarazo, efectos secundarios, preferencias del paciente y la costo efectividad.

Muchos de los pacientes que consultan por insomnio son ancianos, grupo vulnerable debido a enfermedades concomitantes, polimedicación, diferencias farmacodinámicas y farmacocinéticas, deterioro cognitivo y psicomotor, etc.

La duración del tratamiento en el insomnio crónico no está establecida. Se propone cíclicamente suspenderlo para una nueva evaluación clínica.

El uso intermitente o discontinuo, fue evaluado con zolpidem (hasta 6 semanas) y demostró ser una opción viable. De todos modos, se debe tener en cuenta la posibilidad de que genere ansiedad, despertar condicionado o efecto residual al día siguiente.

En el insomnio primario, sin comorbilidades, la efectividad de los siguientes fármacos no ha sido establecida: quetiapina, mirtazapina, trazodona, amitriptilina, gabapentina, tiagabina.

Los hipnóticos son agonistas del receptor complejo receptor GABA-benzodiacepina, aunque los distintos tipos lo hacen en diferentes subunidades del receptor.

No benzodiacepínicos

Son fármacos pertenecientes a 3 grupos químicos:

1. Ciclopirrolonas
2. Imidazopiridinas

3. Pirazolopirimidinas

Estos fueron desarrollados con el objetivo de vencer algunas de las desventajas de las benzodiacepinas, ligadas a sus efectos secundarios (sedación del día siguiente, dependencia, efectos de la retirada del fármaco). No modifican en forma sustancial la arquitectura del sueño en sujetos sanos.

Para la dificultad en la conciliación del sueño se dispone de zolpidem, zolpidem CR, eszopiclona, zaleplón. Para el insomnio de mantenimiento: eszopiclona, zolpidem CR.

Los efectos adversos comunes a esta clase son: somnolencia residual, náuseas, vómitos, astenia, alteraciones en la memoria anterógrada, pesadillas, diplopía, ataxia, temblor, cefalea, ansiedad, agitación, enlentecimiento psicomotriz. Las parasomnias (comedor nocturno, sonambulismo, conductas sexuales) pueden observarse en cualquier paciente, pero hay más riesgo con dosis altas, privación de sueño, alcohol y uso con otros sedantes. Suelen aparecer con la primera toma y ceder al suspender el tratamiento.

En general no han demostrado presentar tolerancia ni dependencia.

- Zolpidem: en dosis de 5-10 mg demostró disminuir la LS, el tiempo de vigilia luego de conciliar el sueño y aumentó el tiempo total del sueño (TTS) y la eficiencia. A los 8 meses no demostró generar tolerancia ni abstinencia. Es útil en el insomnio de la menopausia y en depresión. Otros efectos adversos: parestesias. Si se administra con paroxetina puede dar alucinaciones.
- Eszopiclona: demostró ser efectiva hasta 6 meses con escasos efectos adversos. Disminuye la LS y el tiempo de vigilia luego de conciliar el sueño, aumenta el TTS. No mostró tolerancia. La dosis de mantenimiento es de 2 mg, la máxima de 3 mg y en ancianos se indica 1 mg. Se debe disponer de por lo menos 8 h de descanso antes de tomarla. Podría aumentar la adherencia al CPAP en pacientes con síndrome de apneas obstructivas del sueño. Es útil en el insomnio en pacientes con trastornos de ansiedad y en depresión. Otros efectos adversos: boca seca, dispepsia.
- Zopiclona: la dosis es de 7,5 mg, se propone iniciar con la mitad de la dosis. Otros efectos adversos: parasomnias, disgeusia, sequedad bucal.
- Zaleplón: demostró efectividad con dosis de 5-10 mg. Disminuye la LS, tiene poco efecto sobre el tiempo de vigilia luego de conciliar el sueño. Puede darse a la mitad de la noche (se debe contar con 4 h de sueño mínimo). Otros efectos adversos: parasomnias, alteraciones perceptuales visuales y olfativas, fotosensibilidad.

Benzodiazepinas

Son fármacos depresores del SNC que actúan como agonistas no selectivos del receptor GABA A. Ellos reducen el tiempo de inicio de sueño, disminuyen los despertares y aumentan el tiempo total de sueño. Incrementan la eficiencia de sueño, pero alteran su arquitectura, modificando los tiempos de las diferentes fases de sueño (prolongan la etapa 2 del sueño y reducen la proporción de sueño REM).

Una diferencia primaria de estos medicamentos es su duración de acción, lo que se debe tener en cuenta en el momento de indicarlos.

Las reacciones adversas más comunes son: excesiva somnolencia diurna, deterioro de la ejecución de tareas psicomotrices, amnesia, incoordinación motriz. La tolerancia aparece con el uso mayor a 6 meses³⁰. Su suspensión brusca puede dar lugar a fenómenos de rebote (insomnio, ansiedad) o síndrome de abstinencia (ansiedad, náuseas, cambios perceptuales, pesadillas, mareos). Se recomienda su uso a corto plazo, no más de 4 semanas y con la dosis más baja efectiva para el paciente.^{28,29}

Otros fármacos

Numerosos fármacos tienen efecto sedante, pero no son recomendados de rutina en pacientes con insomnio sin comorbilidades.

Antidepresivos

Debido a las preocupaciones en cuanto a tolerancia, adicción y dependencia relacionadas con los hipnóticos benzodiazepínicos, los antidepresivos, especialmente amitriptilina y trazodona, se han utilizado cada vez más en el tratamiento del insomnio.

La presencia de sedación diurna persistente y otros efectos adversos los convierte en una mala elección para el tratamiento del insomnio primario. Disminuyen la LS, aumentan el TTS y disminuyen la proporción de REM. Los antidepresivos pueden ser útiles en pacientes con insomnio asociado a depresión.

- *Trazodona*

Los estudios realizados en pacientes con insomnio asociado a depresión mostraron mejoría clínica en la calidad de sueño e incremento del sueño lento profundo. Debido a la escasez de estudios para el insomnio no asociado a depresión, no se pueden extraer conclusiones definitivas. Efectos adversos más comunes: sedación residual diurna, hipotensión ortostática, priapismo.

- *Doxepina*

Aumenta el TTS subjetivo, disminuye el tiempo despierto luego de conciliar el sueño. En insomnio de mantenimiento se utiliza en bajas dosis (3 a 6 mg), con las cuales no se observan efectos anticolinérgicos clínicamente significativos.

- *Amitriptilina*

Hay poca evidencia en insomnio primario. Los datos de efectividad disponibles para estos fármacos son en pacientes con alguna comorbilidad psiquiátrica. En dosis antidepressivas (75 mg) demostró disminución del tiempo despierto después de iniciado el sueño en comparación con placebo. Se asoció con el incremento de movimientos periódicos de piernas.

- *Mirtazapina*

No hay estudios en insomnio primario. Reduce la LS, incrementa el sueño lento profundo y la eficiencia de sueño en insomnio asociado a depresión.

Antipsicóticos

Su uso en el tratamiento del insomnio se ha extendido; sin embargo, hay pocos trabajos que demuestren su efectividad y todos tienen efectos adversos potenciales significativos. No se recomienda su uso en pacientes con insomnio primario.

Anticonvulsivantes

- Barbitúricos: no se recomiendan.
- Gabapentín: sería útil en los trastornos del sueño asociados con dolor. Aumenta la eficiencia del sueño el sueño lento profundo y disminuye los despertares. No se recomienda para el insomnio primario.
- Pregabalina: incrementa el sueño lento profundo. Algunos estudios muestran mejoría de los trastornos del sueño en pacientes con síndromes relacionados con dolor. No recomendado para el insomnio primario.

Agonistas del receptor de melatonina

- Ramelteón: es un agonista selectivo de los receptores de melatonina que aún no se encuentra disponible en Argentina. Se puede usar en el insomnio de conciliación. La dosis de 8 mg demostró efectividad en reducir la LS, sin tolerancia, insomnio rebote ni

abstinencia en 6 meses. Efectos adversos: somnolencia, cefalea, fatiga, náuseas, mareos, elevación de la prolactina, disminución de la testosterona, diarrea.

- Melatonina: no es de elección en el insomnio primario por falta de datos de eficacia y seguridad. Se considera un crono- biótico para alteraciones de los ritmos circadianos, y no un hipnótico³⁰

Impacto en la calidad de vida

El insomnio provoca alteraciones en la calidad de vida, lo que causa irritabilidad, disminución de la memoria, la comprensión, la atención, la creatividad, el entusiasmo, así como mayor riesgo de accidentes automovilísticos. Una de las características más importantes del sueño son los cambios que produce en la función cerebral, los cuales se asocian con modificaciones directas o indirectas en otros sistemas fisiológicos³¹

Si bien uno de los determinantes de calidad de vida con más peso específico es el sueño de calidad, éste hecho alcanza todavía más importancia en personas mayores en las que el impacto del insomnio puede ser determinante de muchos problemas, como el compromiso de su capacidad funcional, entre otras. Con el paso del tiempo la arquitectura, el patrón de sueño fisiológico, se modifica, se torna más "frágil" y, con más facilidad, puede sufrir alteraciones. Junto a ello, la cantidad de fenómenos relacionados con los problemas de la persona (dolor, rigidez, dificultad respiratoria, problemas urinarios...) o con el entorno (toma de fármacos, cama y colchón, temperatura...) suelen ser cada vez más frecuentes y condicionan la calidad y cantidad del sueño. El impacto emocional que tiene el insomnio en los mayores es muy alto, y sobre todo, hay un alto impacto sobre la calidad de vida de quienes lo padecen y una tendencia clara al consumo de fármacos, no siempre bien indicados, para paliarlo²¹

En cualquier momento de la vida, todos tenemos cierta perspectiva de calidad de vida. Sin embargo, cuando se presenta alguna enfermedad, la calidad de vida puede verse modificada al aparecer síntomas que dificultan o limitan la realización de las actividades cotidianas. Cuando aparece una enfermedad que se llevará por toda la vida (enfermedad crónica), se deben hacer cambios para mantener una adecuada función y dependencia. En una persona con insomnio es necesario favorecer, mejorar, estructurar y mantener su calidad de vida, haciendo énfasis en las áreas en las que se puede ver afectada. Por lo tanto, se requiere de un trabajo de equipo en el que participan diferentes profesionales de la salud, el paciente y su familia. Además, es indispensable desarrollar y/o fortalecer la empatía, la responsabilidad, la cooperación y la comunicación entre todos los involucrados. Si alguno de los participantes causa disrupción, todos

nos vemos afectados. La cadena de mejoría puede también convertirse en una serie de infortunios.

Los pacientes con insomnio informan un aumento de la fatiga, la somnolencia, la confusión, la tensión, la ansiedad y la depresión en comparación con los controles. Dicha disforia invade otras áreas de la vida, lo que hace que los pacientes con insomnio informen una disminución de la calidad de vida y un rendimiento degradado.

Los pacientes con insomnio tienen disminuciones en los aspectos médicos y emocionales de la vida, según lo determinado por una medida estándar de calidad de vida, el Formulario abreviado del estudio de resultados médicos (SF-36) .La magnitud del deterioro fue similar a la observada en pacientes con una condición médica crónica como la insuficiencia cardíaca o depresión.

La calidad de vida también se puede medir observando medidas de empleo, como promociones y licencias por enfermedad. Los pacientes con insomnio tienen menos probabilidades de recibir promociones y más probabilidades de tener errores o accidentes, ausentarse del trabajo y tener más consecuencias relacionadas con la salud. El bajo rendimiento laboral, el aumento de los problemas médicos y el aumento de la carga emocional asociados con el insomnio aumentan los costos para la sociedad ²⁰

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Rubén de León Arcila especialista en Geriatría, realizó un estudio transversal analítico en ancianos de unidades de medicina familiar titulado “Modelo de probabilidad de padecer insomnio en el adulto mayor” en la Unidad de Medicina Familiar No 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Querétaro, México en el 2015, con una muestra de 399 individuos, aplicando los instrumentos; minimal de *Folstein*, escala de Atenas para insomnio, *Yesavage* para depresión e índice *Katz* para las actividades de la vida diaria. Mediante análisis bivariado, multivariado y cálculo de probabilidad se estableció la asociación entre insomnio y variables incluidas, los resultados arrojaron una prevalencia de insomnio del 40.6 %. Se encontró asociación con insomnio en el 53 % de individuos con polifarmacia, en el 42 % de individuos con comorbilidades y en el 68.5 % de individuos con depresión. La probabilidad más alta de presentar insomnio es de 97.4 % cuando existe polifarmacia, comorbilidades y depresión. Dicho estudio concluye que la problemática identificada en el adulto mayor, respecto al insomnio es su alta frecuencia y poca atención, siendo igualmente importante que la mayor parte de las etiologías en este grupo son secundarias a procesos comórbidos que pueden estar subdiagnosticados, por lo

cual se debe abordar como un síntoma y no como una enfermedad e indagar la probabilidad de padecer insomnio de acuerdo a ciertas características del anciano.³²

Clara Pardo C. y colaboradores en la comunidad de Madrid en el 2017 realizó un estudio descriptivo observacional transversal con titulado "Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención", en la cual consideró una proporción esperada de ancianos con insomnio del 25%, un intervalo de confianza del 95% y una precisión de $\pm 7\%$, resultando un tamaño muestral aleatorizado de 168 pacientes, teniendo como resultado una prevalencia de insomnio del 46%, con un predominio en el sexo femenino, en presencia de diabetes, con un consumo de fármacos antihipertensivos y presencia de somnolencia diurna. En dicho estudio concluye, que debiera incrementarse las actividades de educación para la salud en relación con este problema y la promoción de cursos para la actualización de los conocimientos de los profesionales para facilitar la correcta detección de los casos primarios.³³

Téllez, A., Juárez-García, y colaboradores, realizaron un estudio de investigación tipo transversal comparativo en la Ciudad de Monterrey en el 2016, titulada Prevalencia de trastornos de sueño en relación a factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México.

Se evaluó la prevalencia de síntomas de trastornos del sueño, calidad de sueño y depresión en 313 adultos mayores (176 mujeres y 136 hombres) en la ciudad de Monterrey, México con el Cuestionario de Trastornos de Sueño Monterrey, el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados indicaron que los adultos mayores presentaron 50% ronquido, 24% piernas inquietas e insomnio, 44.1% mala calidad de sueño, y 62% síntomas de depresión. Los trastornos de sueño son los que más afectan la calidad de sueño en esta población, por lo que es importante la detección y tratamiento de estos trastornos en los adultos mayores³⁴

Isabel Torrens y colaboradores, realizaron una investigación en Mallorca España en el 2018, titulado "Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca", con un diseño de estudio descriptivo transversal, teniendo como objetivos, el conocer la prevalencia de insomnio y los hábitos, comorbilidades, calidad del sueño y tratamiento de los pacientes insomnes, teniendo como participantes sujetos entre 18-80 años con >2 años de adscripción al Centro de Salud, realizaron una primera entrevista telefónica para cribado de insomnes mediante el Insomnio Severity Index y los sujetos insomnes fueron entrevistados personalmente en el centro de salud para registrar el resto de variables, teniendo como Resultados de la muestra de 467 participantes, se tuvo una prevalencia de insomnio del

21,1% y de insomnio clínico del 6,9%. Fue más común en mujeres, viudos y divorciados, jubilados y desempleados. Dos tercios tenían sobrepeso-obesidad; un 37% dolor crónico, un 21,1% depresión y un 37,9% ansiedad. La mitad refería dificultades para realizar las actividades de la vida diaria y mantener un buen estado de ánimo. Asimismo, el 41,1% refería que habitualmente tomaba fármacos para dormir. Las medidas terapéuticas más utilizadas fueron la higiene del sueño y las benzodiacepinas; mientras que las terapias cognitivo-conductuales eran poco habituales.

Irene Carmona Fortuño y colaboradores realizaron una investigación titulada “ Problemas del sueño en los mayores” utilizando una Metodología de Estudio observacional descriptivo transversal mediante la administración de un cuestionario auto administrado ala muestra de 57 pacientes en la Residencia San Llorenc de Vila-real, provincia de Castellon, Comunidad Valenciana, , teniendo como resultados tras analizar los datos obtenidos del cuestionario en el SPSS se obtienen resultados, como el sexo donde aparecen con más frecuencia trastornos del sueño, que es el masculino, con un 69,2% frente al 52% de las mujeres, así como también el grupo de edad donde más se presentan, que es entre los 86 y los 95 años, con un 64,7% de incidencia. Además, se ha comprobado que un 69% de los residentes que toman medicación duermen mal. No se han obtenido resultados relevantes en cuanto a la actividad física o sobre la patología de base. ³⁵

JUSTIFICACIÓN

El reporte 2016 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)nos habló de una reducción de sueño de hasta 7 hras en un 28.4% de la población encuestada, la cual equivalió a más de 20 millones de mexicanos, siendo más común en localidades urbanas, en la región de la Ciudad de México . Esto constituye un signo de alarma para el sistema mexicano de salud”.

Los hipnóticos son el tratamiento de elección, en todo paciente que inicia con alteraciones del sueño como el insomnio.

La queja de insomnio, afecta a 18.8% de la población, predomina en mujeres, en las localidades urbanas y tiende a incrementarse en la obesidad.³⁶ Sin embargo, otro porcentaje no puede dormir bien porque tiene un trastorno de sueño, alrededor de 50 por ciento, es decir, unos 35 millones de mexicanos, siendo el insomnio o la apnea los padecimientos más frecuentes.

Un tercio de la población adulta tiene dificultades para dormir, y uno de cada cinco las presenta más de tres noches por semana, siendo más frecuente en las mujeres, áreas urbanas y en aquéllos que son portadores de hipertensión arterial sistémica. Las mujeres tienen insomnio con

más frecuencia que los hombres. En el Valle de México, en mujeres mayores de 40 años, la prevalencia alcanzó el 42%, mientras que en hombres fue de 26%.

Se calculó una suma total media de 790 € al año, por paciente. Estos costes generales se basaron en costes individuales calculados frente a la prevalencia estimada de insomnio, que oscila entre el 6% y el 12%, en la población europea. Con respecto a los llamados AVAD (años de vida ajustados por discapacidad), se proporcionó una cifra de 10,3 / 10000 individuos para las mujeres y 8,4 / 10000 individuos para los hombres, ocupando el noveno lugar entre todos los trastornos neuropsiquiátricos estudiados. Según datos de la OMS, el insomnio ocupó el puesto 11 en la lista de los trastornos cerebrales más importantes con respecto a la carga global. Así, se puede concluir que el insomnio representa una alta carga económica para los sistemas sanitarios europeos, ya sea a través de costes directos, es decir, costes de medicación o tratamiento psicoterapéutico, o costes indirectos, por ejemplo, por baja por enfermedad o jubilación anticipada.

De manera que, si acumulamos las cifras anteriores, la cantidad de mexicanos que está experimentando una severa restricción del tiempo de sueño es realmente alarmante y constituye una grave epidemia que debemos reconocer y empezar a resolver". Las jornadas extendidas de vigilia y estar despierto por más de 17 horas genera un deterioro considerable de las capacidades psicomotoras.

Conocer la magnitud epidemiológica de los trastornos del sueño y sus factores relacionados son elementos indispensables para justificar la asignación de recursos e implementar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento. Existe evidencia sólida y creciente de que esas estrategias reducen la carga de enfermedades cardiometabólicas y de muerte prematura.

El principal problema del insomnio es la repercusión que tiene en la vida diaria, como estar tenso, irritable, deprimido, con problemas de concentración y dificultades en el trabajo y ocio. También conlleva la aparición de problemas crónicos de salud, mayor utilización de servicios sanitarios y de medicamentos, consumo de alcohol, absentismo laboral, disminución de la productividad y accidentes.

Al tratarse de un problema no reconocido en la mayoría de los casos, los pacientes no pueden beneficiarse de los efectos de una terapia adecuada. Generalmente la respuesta de los médicos suele limitarse a prescribir hipnóticos, lo que se traduce en un alto consumo de los mismos. Sin embargo, los beneficios clínicos de estos fármacos son solo a corto plazo, ya que si se toman de forma continuada pueden empeorar la calidad del sueño, y ocasionar efectos adversos significativos, especialmente en ancianos, como aumento de cuadros depresivos, caídas, fracturas, y mayor mortalidad. Los médicos de familia deben considerar el uso de las intervenciones no farmacológicas a la hora de abordarlo, ya que tienen pocos efectos

secundarios, y a largo plazo producen una mejoría más consistente que los tratamientos farmacológicos. Una de las medidas comúnmente utilizada es la promoción de los consejos de higiene del sueño, aunque por sí sola no suele ser efectiva. Otras alternativas como la relajación y la terapia cognitivo conductual han mostrado efectividad.^{34, 36}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El insomnio ha sido uno de los principales trastorno del sueño, con un alto componente subjetivo. Se documentó que un tercio de la población adulta tuvo dificultades para dormir, y uno de cada cinco las presento más de tres noches por semana, ha sido más frecuente en las mujeres mayores de 40 años, áreas urbanas y en aquéllos que son portadores de hipertensión arterial sistémica. Ha sido un problema importante en la población adulta, aumento su prevalencia en mayores de 60 años. Es uno de los principales motivos de consulta en atención primaria, constituye un problema de salud pública que afecta a millones de personas en los países industrializados. Se consideró clínicamente relevante si ocasionaba disfunción durante el día, como la presencia de somnolencia, estrés, cansancio, entre otra sintomatología la cual tiene que ser valorada y tratada de manera integral, ya que se relacionó con un incremento de la morbimortalidad disminuyendo considerablemente la calidad de vida de la persona que lo sufre e interfiere en su vida laboral, social y familiar. El médico de primer nivel debe tener la capacidad de brindar un tratamiento integral al adultos mayores, así como mantener un seguimiento constante hasta lograr su control o su referencia oportuna en caso de presentar otras complicaciones. El ámbito asistencial que ha de asumir el manejo del insomnio, en la mayoría de las ocasiones, es atención primaria. El tratamiento del insomnio debe entenderse como un abordaje integral tratando la causa o desencadenante, los síntomas y la repercusión del proceso en el propio paciente. El manejo del insomnio primario se basa en una serie de estrategias de modificación de conductas y cambios en estilos de vida a las que se asociará, cuando se considere necesario, el tratamiento farmacológico adecuado a las necesidades y situación del paciente. Tras esta actividad educativa debe realizarse una valoración de los hábitos de sueño, mediante las escalas de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y el Índice de Severidad del Insomnio ya que se estimó que hasta un 30 % de los pacientes con trastornos del sueño no mantienen un tratamiento adecuado.

Este estudio se realizó con el objetivo de conocer el impacto en la calidad de vida en adultos mayores con insomnio, asistentes a la unidad de atención primaria UMF 94, ya que es importante dotar al paciente de los recursos necesarios para manejar el proceso y reducir al mínimo la utilización de los fármacos hipnóticos. Todo ello requiere un papel activo del paciente en

el proceso terapéutico permitiendo la realización de una monitorización y seguimiento de su respuesta y motivación. Las actuaciones deben iniciarse informando al paciente y sus familiares sobre el insomnio ,qué es, cómo se produce, cuáles son las opciones de tratamiento y corrigiendo aquellas ideas erróneas sobre el sueño y sus alteraciones que puedan condicionar una persistencia del problema, intentando motivar un cambio de aquellas conductas que pueden mantener el insomnio.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el impacto del insomnio en la calidad de vida de adultos mayores de 60 a 80 años adscritos a la unidad de medicina familiar No. 94?

OBJETIVOS DE ESTUDIO

Objetivo general:

- Identificar el impacto del insomnio en la calidad de vida en adultos mayores de 60 a 80 años derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94.

Objetivos específicos:

- Evaluar la calidad del sueño en adultos mayores.
- Evaluar la calidad de vida en adultos mayores con insomnio.
- Detectar el nivel de insomnio en adultos mayores adscritos a la UMF 94.
- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con insomnio.

HIPOTESIS

Hipótesis alterna

El insomnio tiene una afectación directa en la calidad de vida en adultos mayores de 60 a 80 años de edad adscritos a la unidad de medicina familiar 94.

Hipótesis nula

El insomnio no tiene una relación en el impacto de la calidad de vida en adultos mayores de 60 a 80 años de edad adscritos a la UMF 94.

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

Lugar en donde se desarrolla el estudio. El estudio se realizó en la Unidad Médica Familiar No. 94 San Juan de Aragón del Instituto Mexicano del Seguro Social , se realizó mediante encuestas realizadas con previa autorización del paciente en los consultorios médicos y salas de espera.

Diseño del estudio. Se trató de un estudio descriptivo observacional, transversal y analítico.

Periodo de estudio: 2020-2022

Grupo de estudio: Adultos mayores con edad de entre 60 a 80 años con diagnóstico de insomnio derechohabientes de la UMF 94.

Criterios de estudio

▪ Criterios de Inclusión

- Adultos mayores con edad entre 60 a 80 años con o sin diagnóstico previo de insomnio, asistentes a la UMF 94
- Adultos mayores los cuales aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria bajo consentimiento informado

▪ Criterios de eliminación

- Participantes que no contesten el instrumento de manera completa.
- Participantes que por alguna circunstancia abandonen o deserten durante la aplicación de la encuesta por cuenta propia o por decisión del cuidador primario.
- Pacientes que se encuentren bajo tratamiento farmacológico hipnótico-sedante por causa distinta al insomnio.
- Pacientes que se encuentren bajo algún tipo de tratamiento médico que cause como efecto adverso insomnio (por ejemplo, alfa bloqueadores, corticoesteroides, antiarrítmicos, inhibidores de la colinesterasa).

▪ Criterios de exclusión

- Participantes con deterioro cognitivo avanzado incompatible con una adecuada evaluación.

- Participantes con dificultad auditiva, psicomotriz y visual importante capaz de impedir la comunicación efectiva.
- Participantes con enfermedad mental o estado de conciencia insuficiente para la realización de la entrevista.
- Participantes diagnosticados de apnea de sueño u otro trastorno del sueño
- Pacientes que no cumplan con la definición de insomnio.
- Pacientes con episodios psicóticos.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra debe calcularse la fórmula de acuerdo con una población finita puesto que se conoce el total de unidades de observación que la integran.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población referencia

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio

(1-p).

La suma de p y q siempre debe dar 1.

Por ejemplo, si p=0.8 q=0.2.

Z: indica el grado de confianza.

N= tamaño de la población.

S² = varianza de la población en estudio (es el cuadrado de la población estándar).

El Cálculo del tamaño de la muestra se realizó a partir de una fórmula para relaciones finitas en la cual se tomó en cuenta como población blanco de estudio 225 pacientes con el

diagnostico de insomnio no orgánico con clave CIE 10, F510 y de trastorno de sueño insomnio clave G470 de un total de 33,554 pacientes de entre 60 a 80 años de la Unidad de Medicina Familiar # 94, considerando una frecuencia esperada del 33.3 % de insomnio, así como un nivel de confianza del 95%, se realizó la estimación de la muestra con la ayuda de la aplicación Epi Info StalCalc se considera como tamaño de muestra un total de 136 participantes.

Tamaño de la muestra: 136 participantes

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables de interés

Calidad de vida: La Calidad de vida se define como las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Para fines del estudio es la percepción de estar viviendo la vida con la presencia de alteraciones del sueño, los ítems del instrumento es el cuestionario Whoqol-Bref.

Insomnio: Se define como un desorden primario del sueño en el cual una persona tiene dificultad para iniciar y mantener el sueño o tiene somnolencia excesiva. Los ítems del instrumento para insomnio son las escalas del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y del Índice de Severidad del Insomnio, es una variable cualitativa policotómica en escala de medición ordinal con las categorías de no relevante, leve, moderado o grave

Variables descriptoras

Género: se define como el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico, para fines del estudio es la característica fenotípica de un individuo, su indicador es el género que refiera el participante, es una variable de tipo cualitativa dicotómica en escala de medición nominal con las categorías hombre y mujer.

Edad: se define como el tiempo que ha vivido una persona para fines del estudio es el número de años cumplidos de un individuo, su indicador es la edad en años que refiera tener el participante, es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón con las categorías de los años desde los 60 a los 80 años.

Estado civil: se define como la condición de una persona en relación con su pareja y que se hace constar ante el registro civil, para fines del estudio es la situación ante el registro civil de un individuo, su indicador es el estado civil que refiera el participante, se trata de una variable cualitativa policotómica en escala de medición de razón con las categorías de soltero, casado, unión libre, viudo y divorciado.

Nivel educativo: se define como cada una de las etapas que conforman una formación académica, para fines del estudio es el último grado escolar de un individuo, su indicador es el último grado académico referido por el participante, se trata de una variable cualitativa policotómica en escala de medición ordinal con las categorías de sin estudios, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y posgrado.

Ocupación: se define como la acción de tener un trabajo o una ocupación remunerada en una empresa, una institución, o como la acción de ejercer determinada profesión u oficio, para fines del estudio es la actividad remunerada de un individuo, su indicador es la ocupación que refiera el participante; se trata de una variable cualitativa policotómica, en escala de medición nominal, con las categorías de desempleado, hogar, obrero, oficio y profesionista.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Insomnio	Desorden primario del sueño en el cual una persona tiene dificultad para iniciar y mantener el sueño o tiene somnolencia excesiva	ÍNDICE DE SEVERIDAD DEI INSOMNIO Sumar la puntuación de todos los ítems: (1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = El intervalo de la puntuación total es 0-28. Interpretación: La puntuación total se valora como sigue: 0-7 = ausencia de insomnio clínico 8-14 = insomnio subclínico 15-21 = insomnio clínico (moderado) 22-28 = insomnio clínico (grave)	Cualitativa	Ordinal Se usa una escala Likert de 5 puntos (0 = ninguno; 4 = muy severo) para calificar cada ítem, con puntajes totales que van de 0 a 28. Un puntaje total más alto indica dificultades para dormir más severas	Ausencia de insomnio clínico Insomnio subclínico Insomnio clínico moderado Insomnio clínico grave
	Desorden primario del sueño en el cual una	Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh	Cualitativa	Las respuestas se	Puntuación total ≤ 4: Calidad de sueño óptima.

Calidad del sueño	persona tiene dificultad para iniciar y mantener el sueño o tiene somnolencia excesiva	La suma de las puntuaciones de las 19 preguntas, o la puntuación total, indica la calidad del sueño general de la persona evaluada. Esta puntuación total puede oscilar entre los 0 y los 21 puntos. A mayor puntuación total peor calidad de sueño. De esta forma, una puntuación total inferior o igual a cinco indica que, en general, su calidad de sueño es óptima, mientras que una puntuación total superior a cinco sugiere que tiene problemas de sueño, de mayor o menor gravedad		dan en una escala cualitativa de 5 respuestas en donde existe una escala de puntos	Puntuación total \geq 5: Problemas de sueño de mayor o menor gravedad, severas dificultades en todas las áreas estudiadas
Calidad de Vida	Se define como las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción.	Cuestionario de Whoqol-Bref Consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física(7 preguntas), Salud Psicológica(6 preguntas), Relaciones Sociales(3 preguntas) y Ambiente(8 preguntas) Una puntuación global mayor a cinco se asocia clínicamente a una mala calidad de sueño.	Cualitativa	Ordinal Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta	Con las categorías de: <ul style="list-style-type: none"> • No relevante • Leve • Moderado • Grave
Genero	Género: se define como el grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico (37)	Según respuesta en la encuesta Es la característica fenotípica de un individuo, su indicador es el género que refiera el participante,	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino (M) Femenino (F)
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (38) encuestado	Es el número de años cumplidos de un individuo, su indicador es la edad en años que refiera tener el participante,	Cuantitativa	Discreta	Edad en años en escala de medición de razón con las categorías de los años desde los 60 a 80 años
Estado civil	Es la condición de una persona en relación con su pareja y que se hace constar ante el registro civil (39),	Es la situación ante el registro civil de un individuo,	Cualitativa	Policotómica.	Categorías de soltero, casado, unión libre, viudo y divorciado
Nivel educativo	Se define como cada una de las etapas que conforman una formación académica (40)	Es el último grado escolar de un individuo, su indicador es el último grado académico referido por el participante, se trata de una	Cualitativa	Ordinal, Policotómica.	Sin estudios Primaria incompleta Secundaria Preparatoria Universitario licenciatura y posgrado.
Ocupación	Se define como la acción de tener un trabajo o una ocupación remunerada en una empresa, una institución, o como la acción de ejercer determinada profesión u oficio (41),	es la actividad remunerada de un individuo, su indicador es la ocupación que refiera el participante;	Cualitativa	Nominal Policotómica.	Con las categorías de: Desempleado Hogar Obrero, Oficio Profesionista

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Con la autorización previa para llevar a cabo el presente protocolo de investigación, otorgada por el comité local de investigación en salud 3511 (CLIS 3511), se procedió a la obtención de la relación de personas pertenecientes al grupo de estudio 2021 con ayuda de datos obtenidos por ARIMAC. Una vez establecido el número de personas que integrarán la muestra, la población con criterios de inclusión se buscó en consultorio o fue contactada por medio del número telefónico asentado en el expediente, se explicó al participante en que consiste el estudio, los beneficios de participar y se garantizó la confidencialidad de la información obtenida. Posteriormente se solicitó el consentimiento informado y las personas que acepten de manera voluntaria les serán aplicadas el cuestionario y las variables sociodemográficas posterior se verifico el correcto llenado de la encuesta, una vez terminado la recolección de información, se procedió al vaciamiento de datos en el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0 para su análisis.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

El investigador en la Unidad Médica Familiar No. 94 del IMSS, con apoyo de los médicos y asistentes del turno matutino y vespertino, procedió a identificar a adultos mayores con edad entre 60-80 años, con datos de insomnio sintomático, con o sin un diagnóstico previo ,se realizaron los cuestionarios en la sala de espera o consultorios en donde se abordó al potencial participante de manera amigable y respetuosa con la presentación del investigador y se les invito a participar mediante la respuesta rápida de un cuestionario impreso y se les explico el objetivo del estudio y la forma en que serían participes de dicha investigación, los pacientes los cuales aceptaron su participación se procedió a firma del consentimiento informado, con previa explicación clara de dicho consentimiento y se recabo la información requerida por medio del instrumento Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y el Índice de Severidad del Insomnio³³ y para finalizar se evaluara la calidad de vida mediante el cuestionario de Whoqol-Bref. Se dieron las gracias al participante y se aclararon las dudas surgidas.

Procesamiento de los datos

Se realizó una recolección de la información de los instrumentos utilizados, y se hizo una base de datos con el programa IBM SPSS STATISTICS VERSIÓN 21.0, se realizó un análisis estadístico minucioso con el fin de cubrir los objetivos planteados y dar un análisis de los resultados de la población en estudio.

Análisis estadístico

Se aplicó estadística descriptiva y analítica, y el comportamiento de las variables se presenta con cuadro y gráficos.

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

La tesis se entregó en el tercer año de residencia fue evaluada y aprobada con el fin de ser presentado ante un público como sesión médica de la unidad o jornada de salud, con la búsqueda de su publicación en una revista médica y con el propósito que la información recabada nos dé un panorama general acerca de cómo afecta el insomnio en la calidad de vida de los participantes y el impacto que este tiene en su vida diaria y con ello crear un programa en la unidad médica o la institución enfocado en tratar de manera integral a pacientes con trastorno de insomnio como se ha manejado con otras patologías y no se retarde el tratamiento hasta ser valorados a un segundo o tercer nivel, iniciando con un tratamiento no farmacológico por medio de medidas de higiene del sueño y de acuerdo al grado de insomnio dar prioridad en tratamiento y su constante seguimiento para ver su mejoría o las complicaciones que se estén teniendo.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Las escalas más empleadas para evaluar el insomnio son el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y el Índice de Severidad del Insomnio³³ y para finalizar se evaluara la calidad de vida mediante el cuestionario de Whoqol-Bref.

ÍNDICE DE LA SEVERIDAD DEL INSOMNIO (ANEXO 1)	
	DESCRIPCION
<p>➤ En que consiste el instrumento</p>	<p>Es una herramienta breve para evaluar la gravedad del insomnio Mide los síntomas subjetivos y los resultados negativos del insomnio. Presenta una alta validez interna y sensibilidad a los cambios asociados al tratamiento del insomnio El ISI es un cuestionario de autoinforme de 7 ítems que evalúa la naturaleza, la gravedad y el impacto del insomnio durante las 2 semanas anteriores. Los ítems específicos evalúan la gravedad de las dificultades con el inicio del sueño, el mantenimiento del sueño y el despertar temprano en la mañana; insatisfacción del sueño; interferencia de los problemas del sueño con el funcionamiento diurno; perceptibilidad de las dificultades para dormir por parte de otros; y angustia causada por dificultades para dormir. Se usa una escala Likert de 5 puntos (0 = ninguno; 4 = muy severo) para calificar cada ítem, con puntajes totales que van de 0 a 28. Un puntaje total más alto indica dificultades para dormir más severas.</p>
<p>➤ Sensibilidad</p>	86.1% ⁴²
<p>➤ Especificidad</p>	87.7% ⁴²
<p>➤ Descripción de la calificación</p>	<p>En esta escala, las puntuaciones superiores a 14 sugieren "insomnio clínico" Unas puntuaciones elevadas indican una mayor gravedad del insomnio</p>
<p>➤ Obtención del puntaje</p>	<p>Este cuestionario consiste en 7 preguntas que evalúan las dificultades para el sueño nocturno, la pobre satisfacción con el sueño y el impacto del insomnio en la calidad de vida, y recoge información de las dos semanas previas a la toma de la información. Cada pregunta se gradúa en una escala de 0 a 4, para un total máximo de 28 puntos. Corrección: Se Suma la puntuación de todos los ítems: (1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = El intervalo de la puntuación total es 0-28</p>
	<p>Insomnio no relevante: Puntajes de 0 a 7 Insomnio leve: Puntaje de 8 a 14 Insomnio moderado: Puntaje de 15 a 21</p>

<p>➤ Significado del puntaje</p>	<p>Insomnio grave : Puntaje de 22 a 28 ^{30,21}</p> <p>Puntuación mayor de 8, es decir, tenga insomnio se procederá a un cuestionario más completo (Pittsburg Sleep Quality Index) para obtener información sobre el insomnio</p>
---	---

<p align="center">ESCALA DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (ANEXO 2)</p>	
	<p align="center">DESCRIPCION</p>
<p>➤ En que consiste el instrumento</p>	<p>El PSQI fue desarrollado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh en 1988</p> <p>Es un cuestionario que evalúa tanto aspectos cualitativos como cuantitativos de la calidad del sueño en el mes previo a la aplicación del mismo.</p> <p>Consta de 24 preguntas, de las cuales 19 deben de ser respondidas por el propio sujeto y las 5 restantes por el compañero de habitación si lo hubiere. Tras la corrección se obtienen 7 puntuaciones que nos informan sobre diversos aspectos de la calidad del sueño: la calidad subjetiva, la latencia (entendiéndose como el tiempo que el paciente cree que tarda en dormirse), la duración, la eficiencia habitual (que valora el porcentaje de tiempo que el paciente cree que está dormido sobre el total de tiempo que permanece acostado), las perturbaciones (aquellas alteraciones como dolor, frío, nicturia, tos, etc.), el uso de hipnóticos, y la disfunción diurna (presentándose como la facilidad de quedarse dormido mientras se realiza alguna actividad o como un mayor cansancio diurno). A cada uno de estos componentes se le asigna una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3; indicando una puntuación de 0 que no existen problemas al respecto, mientras que una de 3 señala problemas graves. El sumatorio de todas ellas nos dará una puntuación total con un máximo de 21, presentando originalmente un punto de corte de 5 para catalogar a los sujetos entre «buenos dormidores» (menor o igual a 5) y «malos dormidores».⁴⁵</p> <p>Es la escala más ampliamente utilizada para el insomnio(1)</p> <p>Es un instrumento sencillo y accesible tanto en términos de llenado como de obtención de la puntuación.</p> <p>Es un cuestionario que permite valorar de forma rápida tanto la calidad de sueño de los adultos como los problemas relacionados que esta persona puede presentar, ya sea en el campo clínico como en el de investigación.</p>
<p>➤ Sensibilidad</p>	<p>88,63% ⁴⁵</p>
<p>➤ Especificidad</p>	<p>74.99 % ⁴⁵</p>
<p>➤ Descripción de la calificación</p>	<p>Cuenta con 24 preguntas, de las cuales 19 proporcionan una puntuación global de la calidad de sueño y que a su</p>

	vez se agrupan en siete componentes (calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual, alteraciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna), de los cuales se obtienen puntuaciones parciales de cero a tres.
<p>➤ Obtención del puntaje</p>	<p>Las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta. Las restantes se contestan mediante una escala con 4 grados. Al ser corregido sólo se valoran las 19 primeras preguntas, que son las que debe contestar el propio sujeto (las 5 últimas las debería contestar el compañero de cama). De la puntuación se obtienen 7 puntuaciones que nos informan de otros tantos componentes de la calidad de sueño: calidad subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, "eficiencia de sueño", perturbaciones de sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío), uso de medicación hipnótica, disfunción diurna (facilidad para dormirse realizando alguna actividad como cansancio). Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3.</p>
<p>➤ Significado del puntaje</p>	<p>Una puntuación global mayor a cinco se asocia clínicamente a una mala calidad de sueño. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), que puede ir de 0-21. Según, una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores.</p>

CUESTIONARIOS DE WHOQOL-BREF	
	DESCRIPCION
<p>➤ En que consiste el instrumento</p>	<p>Es aplicable a sujetos sanos y enfermos El Whoqol-Bref ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen. Fue diseñado para ser usado tanto en la población general como en pacientes. Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona.⁴³ Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas Este instrumento se centra en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, Consta de 26 preguntas, dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24</p>

	preguntas agrupadas en cuatro áreas: Salud Física(7 preguntas), Salud Psicológica(6 preguntas), Relaciones Sociales(3 preguntas) y Ambiente(8 preguntas)
➤ Sensibilidad	89%
➤ Especificidad	91%
➤ Descripción de la calificación	Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta
➤ Obtención del puntaje	<p>El Whoqol-Bref se aplicó una vez que se obtuvo el consentimiento informado.</p> <p>Puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida.</p> <p>Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones de respuesta ⁴⁴</p> <p>Con el instrumento se obtienen cuatro sumas parciales en puntuaciones de cero a cien , siendo cero la peor calidad de vida y cien la mejor . escala tipo Likert</p> <p>El Whoqol- Bref está compuesto por 26 preguntas, de las cuales, una inquiriere sobre la calidad de vida general, una sobre satisfacción con la salud y las 24 restantes se agrupan en cuatro dominios de calidad de vida, siendo estos salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas).</p> <p>Cada encuestado debe responder a cada faceta en categorías cuyo puntaje oscila entre 1 y 5 puntos (Escala Likert). Los puntajes de los dominios luego son convertidos según una tabla de corrección de puntajes debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un rango de 0 a 100 o de 4 a 20. En esta investigación hemos utilizado la puntuación de 0 a 100, para efectos de su comparación con los valores normativos propuestos para la escala. Se considera que a mayor puntuación mejor CV. ⁴⁶</p>
➤ Significado del puntaje	Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, entre más alta la calificación, mejor calidad de vida

ANÁLISIS DE DATOS

Para este estudio se utilizó estadística analítica a las variables de estudio por medio de la prueba estadística chi cuadrada con ayuda del programa estadístico IBM SPSS STATISTICS VERSION 21.0, aplicado a las variables de estudio; también se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables descriptoras con la ayuda del programa se realizaron gráficos y cuadros en donde se plasmaron los datos obtenidos de todas las variables.

SPSS.Statistics.21.0: es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias exactas, sociales y aplicadas. Es uno de los programas estadísticos más conocidos teniendo en cuenta su capacidad para trabajar con grandes bases de datos y una sencilla interfaz para la mayoría de los análisis.

ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se encontró avalada por el Comité de Bioética e Investigación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón. Se realizó en población de adultos mayores de 60 a 80 años, **la cual se** apegó a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y a los de la ley general de salud vigente acerca de investigación en seres humanos.

Se apegó a la ley general de salud y la Normatividad del Instituto Mexicano de Seguro Social. (El artículo 3 indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I. La organización, control y vigencia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV, de esta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, fracción XXVI. (Artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondiente fracción IV de la ley general de salud, deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten (Artículo 238 solamente para fines de investigación científica).

Factibilidad: El estudio que se presentará es factible ya que se cuenta con la infraestructura y el permiso de las autoridades de las Instituciones pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la

Unidad de Medicina Familiar No. 94 San Juan de Aragón y al ser solo una encuesta de auto aplicación y libre participación se considera de bajo riesgo para los participantes.

Estudio en población vulnerable: En la presente tesis participaron adultos mayores de 60 a 80 años, con la previa autorización del consentimiento informado, aplicando los instrumentos para detectar insomnio y conocer la calidad de vida mediante la Escala De Calidad De Sueño De Pittsburgh, el Índice de la Severidad del Insomnio y el Cuestionario de WHOQOL-BREF, el cual se encargó de evaluar las dimensiones relevantes de calidad de vida.

Riesgo de la investigación: De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y conforme a los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, Título II, Capítulo I, ARTICULO 17, el estudio se consideró sin riesgo ya que solo se recabó información con preguntas dirigidas a los adultos mayores, mediante cuestionarios estructurados, sin realizarse ninguna intervención fisiológica, psicológica o social.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto: Este estudio contribuirá a determinar el Impacto del Insomnio en la Calidad de Vida en Adultos Mayores De 60 A 80 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 94 San Juan de Aragón , además de conocer las características sociodemográficas de los mismos; en segunda instancia Los cuestionarios nos permitirán comparar los estudios previos que sean realizado en la misma población así como aplicar medidas preventivas y dar recomendaciones de iniciar un tratamiento oportuno, para evitar las consecuencias a corto y medio plazo, así como reconocer cuales son los factores tanto de protección como de riesgo en dicha etapa de la vida, y a partir de estos factores poder actuar para mejorar la calidad de vida y su relación familiar.

Los participantes tuvieron la oportunidad de obtener sus resultados si así lo deseaban y se les indicó cuales eran los factores de riesgo y de protección que se identificaron conforme al cuestionario que contestaron, además de explicar los resultados obtenidos asegurando la confidencialidad de los entrevistados, además se les recomendó acciones preventivas para mejorar su calidad de vida u orientarlos para iniciar un adecuado manejo de su trastorno del sueño.

Posibles inconvenientes: No existieron inconvenientes, ya que solo se aplicaron los cuestionarios en un solo momento a los adultos mayores, previo consentimiento de los participantes o familiares responsables si así lo requiriera el caso.

Balance riesgo – beneficio: No existió beneficio directo para los participantes de adultos mayores, sin embargo se generó conocimiento sobre el problema específico y al ser un estudio sin implicación de riesgo se considera que el balance riesgo beneficio es favorable a toda la población de adultos mayores.

Confidencialidad: Los datos proporcionados en este estudio son totalmente confidenciales, sus resultados se usaron de manera global y para fines estadísticos. Se identificaron a pacientes con su número de seguridad social, número telefónico o número de cuenta o E –mail solo en caso de que requiera sus resultados los cuales se proporcionarían en forma personal y confidencial; los datos personales serán resguardados por el investigador, su difusión será totalmente académico al personal de salud.

Proceso para solicitar el consentimiento informado: Se informó de manera clara y con lenguaje comprensible a los participantes, se explicaron los objetivos y el papel que desempeñarían en el estudio, el investigador se cercioró de que el participante haya comprendido lo explicado y se resolvieron dudas, se les explicó que su participación sería de manera voluntaria, lo cual no lo obligaba a participar, pudiendo acceder o no, o si lo deseaba salir posteriormente del estudio si así lo deseaba, sin ninguna repercusión alguna, además de que se les explicó que los investigadores no formaban parte de la atención médica que se recibía en el instituto, los pacientes que aceptaron ser partícipes en el protocolo, firmaron la hoja de consentimiento informado de manera voluntaria y sin ningún inconveniente.

Forma de selección de los participantes: En las instalaciones de la UMF número 94 del IMSS, en cumplimiento con los aspectos mencionados, cualquier adulto mayor adscrito a UMF 94 puede ser un posible participante del protocolo por conveniencia, previo consentimiento informado con firma del paciente o del representante legal y con firma de los testigos.

Guiados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, última revisión del año 2014, donde indica que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, siendo preciso sujetarse a las normas de seguridad generalmente aceptadas, conforme a ello establecido en el capítulo I y V, en los artículos 13, 18, 20; y 57 y 58 respectivamente que indican:

ARTÍCULO 13.- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

ARTÍCULO 17.- El sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio, ya que solo se aplicarán cuestionarios.

ARTÍCULO 20.- El sujeto tendrá un consentimiento informado con el cual autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento.

ARTÍCULO 57.- Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTÍCULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación escolar, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso:

II.- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III.- Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

Dentro del estudio se actuará con respeto hacia el paciente (Artículo 8), así como se respetará su autonomía traducido a respetar la participación o no participación del paciente en el estudio, se respetará su autonomía, una vez dada la debida información sobre la investigación, no se podrá obligar a ninguna persona a participar, tendrá derecho a tomar decisiones informadas (Artículo 20, 21, 22, Declaración de los Derechos de los Pacientes) por medio del consentimiento informado (Código de Núremberg), la confidencialidad de las respuestas como del resultado estos serán vistos y analizados únicamente por el investigador, dentro del estudio no se busca dañar de ninguna forma ni la integridad física psicológica y moral de los participantes ya que no se pondrá en peligro su integridad debido a que no será un estudio experimental, y se buscará dentro del beneficio observar las relaciones intrafamiliares, así como la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (Artículo 100 de la Ley General de Salud).

En Declaración de Helsinki estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos” por lo que en este estudio no se realizará experimento que dañe a los pacientes.

Los aspectos éticos del presente trabajo se fundamentan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4º publicado el 6 de abril de 1990 en el Diario Oficial de la Federación, donde nos habla sobre la igualdad y la libertad de decisión sobre su salud y el libre acceso a los servicios médicos en busca de un beneficio.

Además, apegándonos a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Código de Bioética para el personal de salud. Los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: “que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia”, en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 – 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

El informe *Belmont* presenta los Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

- *Respeto* a los adultos mayores deberán ser tratados como agentes autónomos, tratados de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.
- *Beneficencia*. El concepto de tratar a los adultos mayores de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

Justicia. Siempre que una investigación financiada con fondos públicos de como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellos adolescentes que pueden pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de la investigación.

RECURSOS

Humanos

- Alumno
- Investigador responsable
- Personal que ayudara a la aplicación de las encuestas
- Pacientes participantes

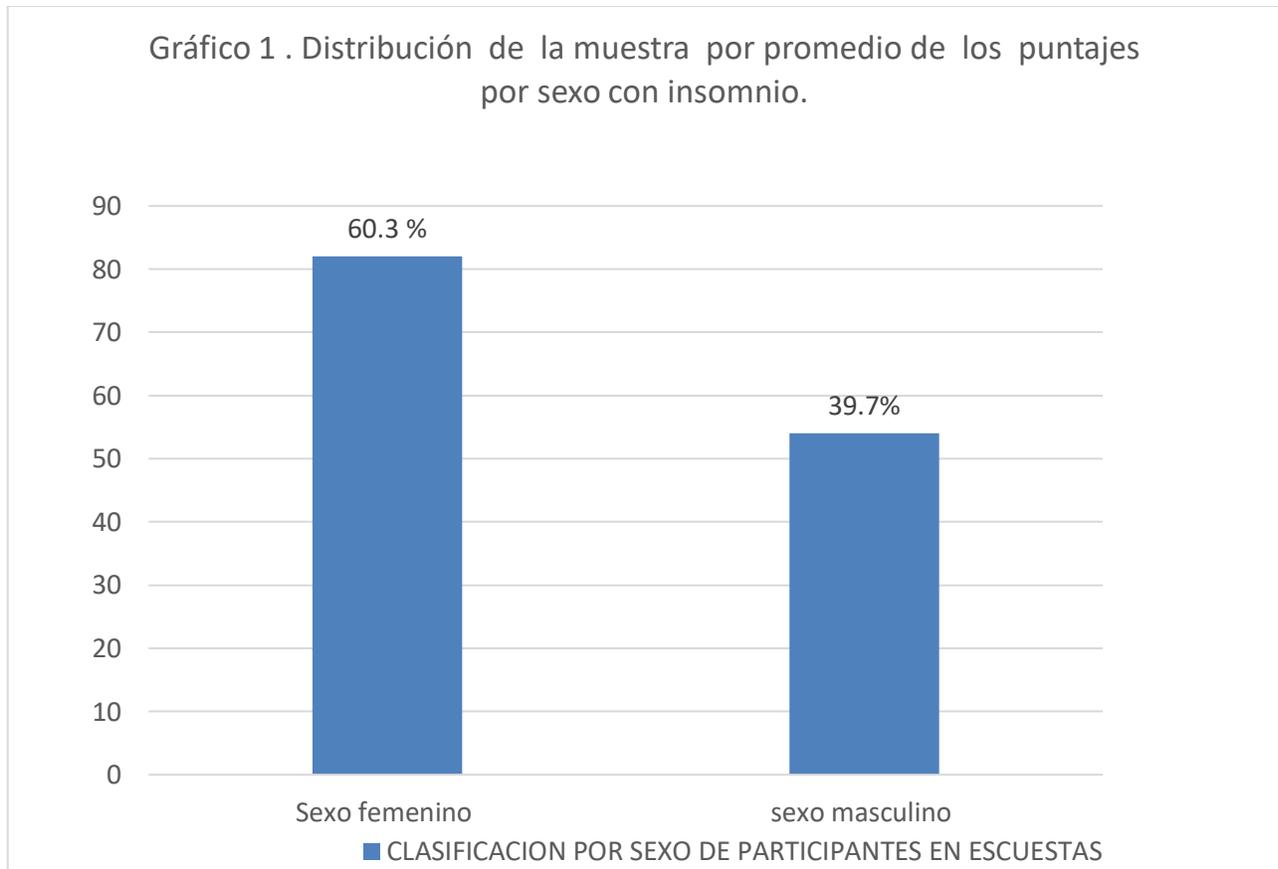
Recursos físicos y tecnológicos

RECURSOS	COSTO	CANTIDAD	TOTAL
Asesoría del investigador responsable	1000	4	4000
Personal para encuestas	200	3	600
Tiempo dedicado del alumno investigador para la elaboración del proyecto	100 por hora	30	3000
Copias	0.50	1260	630
Lápices y/plumas	7	30	210
Goma	8	10	80
Sacapuntas	5	10	50
Tabla de apoyo	50	3	150
Computadora personal	10000	3	30000
Mantenimiento de Computadora	450	3	1350
Memoria USB	200	3	600
Internet	600	2	1200
Programa estadísticos SPSS	35 000	1	35000
TOTAL			76870

Factibilidad: El estudio que se presentará es factible ya que se cuenta con la infraestructura y el permiso de las autoridades de las Instituciones pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 San Juan de Aragón y al ser solo una encuesta de auto aplicación y libre participación se considera de bajo riesgo para los participantes.

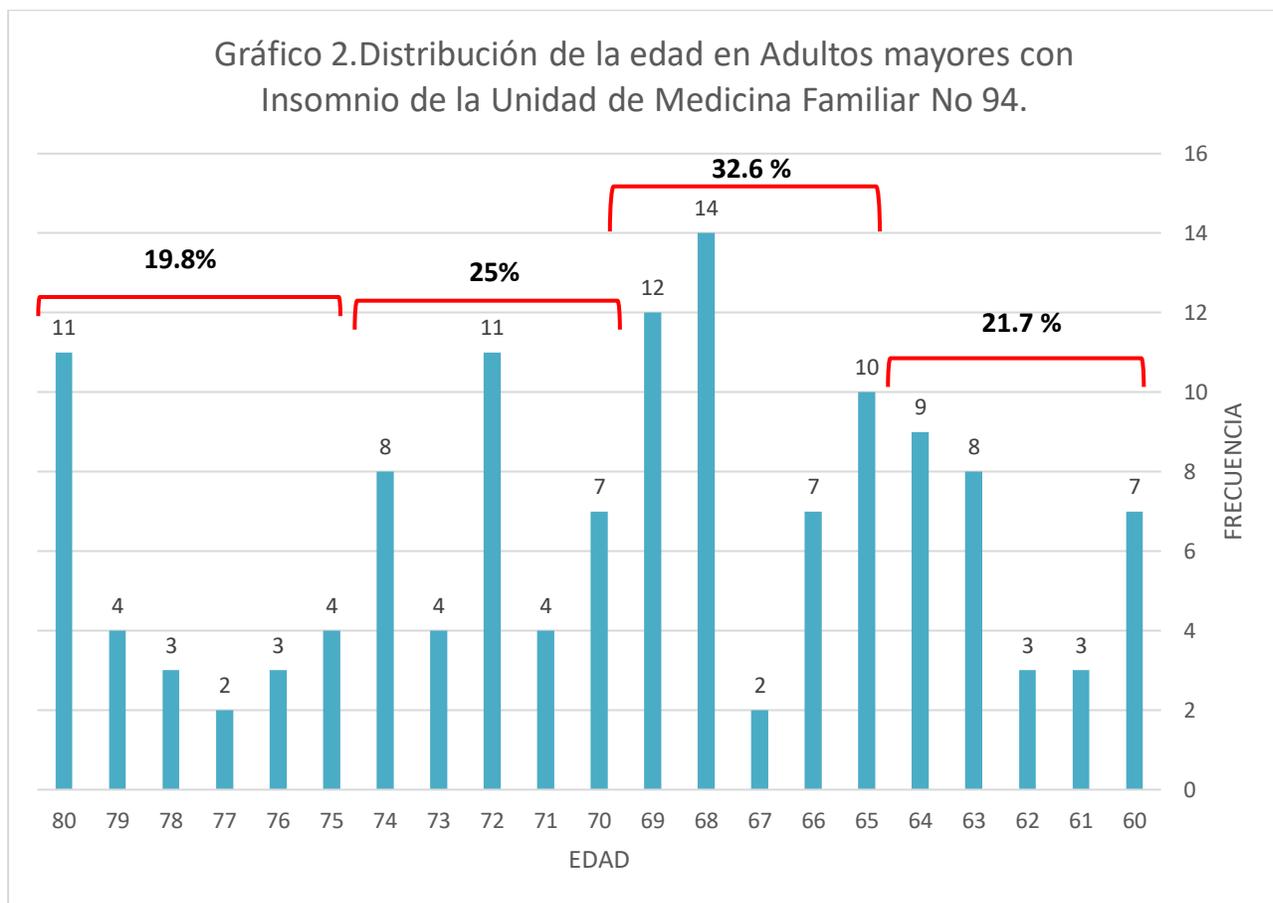
RESULTADOS

Se estudiaron 136 sujetos: 82 (60.3%) pacientes del sexo femenino y 54 (39.7%) del sexo masculino. (Gráfica 1). No se registraron dificultades en la comprensión ni omisiones en el llenado del cuestionario entre los participantes.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de 60-80 años de la UMF No. 94

En relación a la edad de la población estudiada, esta fue dentro de un rango de 60 a 80 años, 21.7 % de individuos se encontraron dentro del rango de los 60 a los 64 años, seguido por 32.6% dentro de los 64 a los 69 años, 25% dentro de los 71 a 74 años, y por último 19.8 % dentro de los 75 a 80 años, predominando la edad de los 68 y 69 años (Gráfico 2).



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de 60-80 años de la UMF No. 94

El resto de las variables descriptivas de estado civil, escolaridad y empleo, predomina el estado civil casado con 69.9% (95) seguido de los solteros/divorciados con 16.2%(22); en cuanto a la ocupación con una frecuencia de 78 (57.4%) los de mayor prevalencia fueron los trabajadores del hogar o jubilados(as) y en cuanto a la escolaridad con 48.5 % (66) los que solo cursaron hasta la primaria (tabla 1).

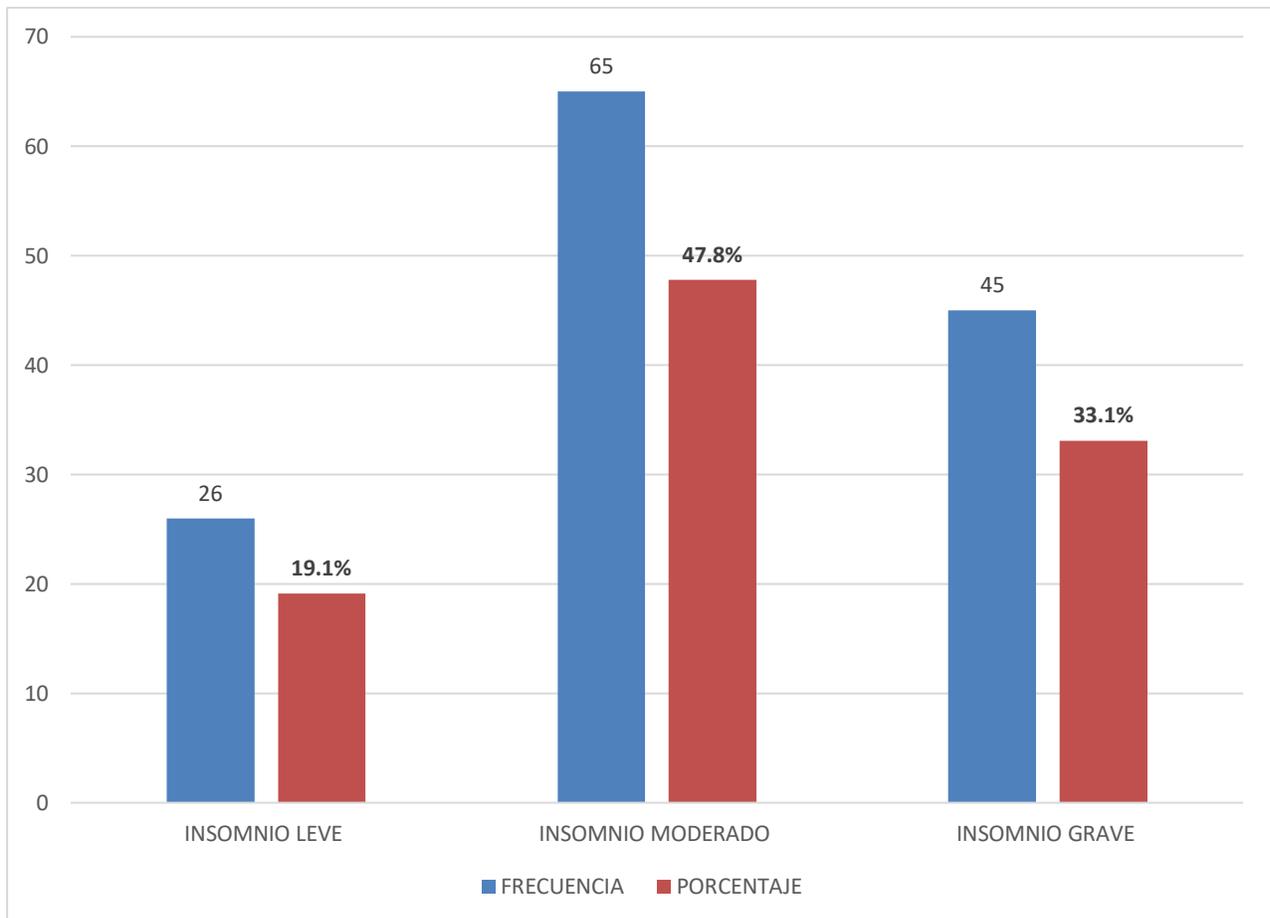
TABLA 1. Datos sociodemográficos en pacientes adultos mayores con insomnio de 60 a 80 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 94.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero/divorciado	22	16.2
Casado	95	69.9
Unión libre	3	2.2
Viudo	16	11.8
OCUPACION		
Desempleado	1	0.7
Hogar/Jubilado(a)	78	57.4
Obrero	14	10.3
Oficio	30	22.1
Profesionista	13	9.6
ESCOLARIDAD		
Sin estudios	4	2.9
Preparatoria	19	14
Licenciatura/postgrado	21	15.4
Secundaria	26	19.1
Primaria	66	48.5

Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de 60-80 años de la UMF No. 94

La clasificación del insomnio se realizó mediante el instrumento de índice de severidad del insomnio, el 100 % de los encuestados resultó con algún grado de insomnio (Gráfica 3); 19.1 % con insomnio leve, 47.8% con insomnio moderado e insomnio grave con el 33.1 %.

Gráfico 3. Clasificación del Insomnio mediante el Índice de Severidad del Insomnio en Adultos Mayores de 60 a 80 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No 94.



Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de 60-80 años de la UMF No. 94

Con respecto a las variables de estudio se obtuvieron los siguientes resultados: 47.8% de los adultos mayores presentan un insomnio clínico moderado seguido de insomnio clínico grave con un 33.1% de acuerdo al Índice de Severidad del Insomnio; la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh menciona los adultos mayores participantes del estudio que el 100% de ellos presenta problemas del sueño; de acuerdo al cuestionario de Whoqol-Bref que corresponde a nuestra variable calidad de vida nuestros participantes presentan una clasificación leve con el 50.7% (tablas 2).

Tabla 2. Variables de estudio de paciente adultos mayores de 60 a 80 años con insomnio de la Unidad de Medicina Familiar No 94.		
Variables	Frecuencia	Porcentaje
Insomnio		
Insomnio Subclínico	26	19.1 %
Insomnio Clínico Moderado	65	47.8 %
Insomnio Clínico Grave	45	33.1 %
Calidad del Sueño		
Problemas del sueño	136	100 %
Calidad de vida		
No relevante	59	43.4 %
Leve	69	50.7 %
Moderado	7	5.1 %
Grave	1	0.7 %
Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de 60-80 años de la UMF No. 94		

Los resultados obtenidos en este cuestionario, respecto a la calidad de sueño subjetiva, la respuesta obtenida con mayor frecuencia fue como mala, observándose que en cuanto a la latencia del sueño fue de más de 60 minutos más de tres veces a las semana, promediando las horas que duermen en menos de 5 horas con una eficiencia del sueño de 79.1%, las principales alteraciones del sueño que aquejan a las personas, es despertarse durante la madrugada interviniendo múltiples factores, entre los que destacan levantarse para ir al sanitario, muy común en personas en tratamiento antihipertensivo, uso de diuréticos e IECAS y en algunos casos por presentar dolores pero en un menor porcentaje, sin embargo el uso de tratamiento para dormir como son las benzodiacepinas solo un 11 % lo hace más de tres veces a la semana, las personas prefieren no tomar medicamentos para insomnio, ya que temen su

adicción o porque durante el día les causa somnolencia importante, entre otras causas, en cuanto a la disfunción diurna como la somnolencia al realizar sus actividades diarias, presentar adinamia e incluso cefalea, un 75 % refirió presentarlas hasta más de tres veces a la semana. De esta manera el análisis en cuanto al insomnio y la calidad de sueño que esta presentado el paciente nos facilitara en confirmar el diagnóstico y nos ayudara a conocer a profundidad por lo que el paciente está pasando al igual para encaminarnos sobre el tratamiento ideal de manera individualizada de cada paciente.

Al realizar un análisis detallado de las encuestas de nuestros 136 participantes con edad promedio de 69.5 años, la hora promedio de acostarse fue a las 00:00 hrs, levantándose la gran mayoría a las 05:00 am, pasando en cama aproximadamente 6.7 hrs con un duración de sueño de aproximadamente 5.3 horas y con una eficiencia de sueño de 79.7% (tabla 3).

TABLA 3. Características del sueño en adultos mayores de 60 a 80 años con insomnio de la Unidad de Medicina Familiar No 94.	
NUMERO DE PARTICIPANTES	136
Edad Promedio	69.5
Hora de acostarse	12.9 am
Hora de levantarse	5 am
Horas en cama	6.7 hras
Duración de sueño	5.3 hras
Eficiencia de sueño	79.7%
Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de 60-80 años de la UMF No. 94	

Al realizar la asociación del insomnio con la calidad del sueño de los 136 adultos mayores con insomnio de la Unidad de Medicina Familiar No 94 no se pudo realizar el cálculo de p debido que

la calidad del sueño fue una constante debido a que el 100% de los encuestados presento problemas del sueño; en contraste en la asociación del insomnio con calidad de vida, los participantes mencionan que con insomnio subclínico presentan una calidad de vida moderado (28.6%), los encuestados con insomnio clínico moderado refieren una calidad de vida moderada con un 71.4% y finalmente los participantes con insomnio clínico Grave presentan una frecuencia de 23 con calidad de vida leve; con una asociación no significativa.

Tabla 5. Asociación de las Variables de interés con la variable insomnio en adultos mayores de 60 a 80 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No 94.

Variables	Insomnio			p
	Insomnio subclínico	Insomnio Clínico Moderado	Insomnio Clínico Grave	
Calidad del sueño				
Problemas del sueño	19 (10.4%)	4 (4.8%)	1 (5%)	No calculada por ser la variable calidad del sueño una constante
Calidad de vida				
No relevante	15 (25.4%)	23 (39.0%)	21 (35.6%)	0.142
Leve	9 (13.0%)	37 (53.6%)	23 (33.3%)	
Moderado	2 (28.6%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)	
Grave	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
Fuente: hoja de recolección de datos aplicada a pacientes de 60-80 años de la UMF No. 94				

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social en una población de 136 adultos mayores (60-80 años), la media de edad fue

de 69.5 años (DE: 5.7), en relación a la variable sexo y la presencia de insomnio, se encontró que en el sexo femenino fue del 60.3 % (82 personas). En cuanto a las otras variables descriptoras que se tomaron en cuenta, fue el estado civil, en donde los pacientes más afectados fueron los que se encuentran casados (69.9%) lo cual contrasta con investigaciones previas en donde las personas viudas suelen tener mayores problemas, de acuerdo a las encuestas solo es en la etapa de duelo y en muy pocos casos en caso de un duelo patológico y va acompañada con problemas de depresión o de abandono, en algunos casos debido a problemas conyugales, patologías de la pareja, al ser cuidadores primarios, lo cual afecta de manera importante la calidad del sueño.

Respecto a la ocupación el mayor porcentaje (57.4 %) se presenta en mujeres u hombres que se encuentran en el hogar, debido a que nunca tuvieron otro trabajo o se encuentran jubilados y en cuanto a la escolaridad los más afectados fueron los de educación básica (primaria).

La clasificación del insomnio de los participantes se realizó mediante el instrumento de índice de severidad del insomnio la cual es una herramienta breve, el resultado arrojó que el 100 % de los encuestados presentó algún grado de insomnio 19.1 % con insomnio leve, 47.8% con insomnio moderado y 33.1 % con insomnio grave, este resultado no se tenía previsto, ya que el cuestionario se aplicó de manera aleatoria en personas con o sin un diagnóstico previo de insomnio, la ventaja del cuestionario de ISI, es que evalúa la gravedad del insomnio, mide los síntomas subjetivos y los resultados negativos del insomnio, evalúa la naturaleza, la gravedad y el impacto del insomnio durante las 2 semanas anteriores, evalúa la gravedad de las dificultades con el inicio del sueño, el mantenimiento del sueño y el despertar temprano en la mañana; insatisfacción del sueño; interferencia de los problemas del sueño con el funcionamiento diurno; perceptibilidad de las dificultades para dormir por parte de otros y angustia causada por dificultades para dormir, lo cual la hace una herramienta muy útil, debido a que en su totalidad de los encuestados resultó con insomnio en sus diferentes grados, se aplicó el cuestionario de índice de calidad del sueño, para obtener información sobre el insomnio. Los resultados obtenidos en este cuestionario respecto a la calidad de sueño subjetiva, se evalúan 7 dimensiones relacionadas con la calidad de sueño y se describen de la siguiente manera.

1) Calidad de sueño subjetiva, se refiere a que tan «bien» o «mal» las personas perciben que duermen, predominando la respuesta de mala calidad de sueño con 38.2 %.

2) Latencia de sueño, predominando la respuesta de >60 minutos con 29.4% (40) refiriéndose al tiempo que toma quedarse dormido a partir de que se comienza a intentarlo.

3) Duración del dormir, es decir, la cantidad de horas que duermen, con un mayor porcentaje de < 5 hrs con 33%.

4) Eficiencia de sueño, se refiere al porcentaje de tiempo que se duerme respecto al tiempo que se pasa en cama acostado con $[\#horas\ de\ sueño \div \#horas\ pasadas\ en\ la\ cama] \times 100 = ES$ (%)](ES=5.3/6.7 x 100= 79.1%), 75-84 %.

5) Alteraciones de sueño, implica presentar síntomas de insomnio, apnea y dificultad para mantener el sueño por mencionar algunos, predominando la respuesta ninguna vez en el último mes, sin embargo habría que destacar la prevalencia tan importante del puntaje de las respuestas de despertarse durante la noche o madrugada y/o tener que acudir al sanitario, ya que vendrían de la mano, con porcentajes de 55.4 y 47 % respectivamente y por el lado contrario, una prevalencia mínima en las preguntas del toser o roncar ruidosamente, presentar frío o calor , no poder respirar o tener pesadillas y en el rango medio con sufrir dolores con un 36%.

6) Uso de medicamentos para dormir, en donde 47.7% de los sujetos encuestados niega su uso en más de un mes o nunca haber estado en tratamiento.

7) Disfunción diurna, se refiere a la sensación de somnolencia durante el día y las posibles dificultades que se pueden presentar a causa de la misma, dentro de esta pregunta predominó la respuesta de más de tres veces a la semana con un 70.5% .

Durante esta investigación se valoró la calidad de vida de los sujetos con presencia de insomnio, esto se realizó mediante el cuestionario de WHOQOL-BREF, este es un Instrumento que permite la recolección de la información de manera objetiva y verídica,

Nos permitió evaluar mediante 26 ítems de cada cuestionario los cuatro dominios o áreas: como son la salud física, psicológica, relaciones interpersonales o sociales y el entorno o ambiente, que permite obtener su percepción real de la calidad de vida.

De acuerdo a los puntajes, tenemos que un 50.7% de los sujetos encuestados refiere tener una calidad de vida leve, con un 43.4% sin relevancias en su calidad de vida, 5.1 % moderada y solo un 0.7% , un encuestado su puntaje arrojó que en su calidad de vida hay alteraciones graves. Al evaluar cada área.

Los resultados de cada área que conformaron los cuestionarios de WHOQOL BREF, podemos resaltar de cada uno de ellos que dentro del área de salud la dependencia a medicamentos es la más afectada 32.3% ya que consideran una dependencia importante del tratamiento farmacológico para su funcionalidad diaria y mantener una vida de rutina, en cuanto al resto de preguntas que conforman esta área es si el dolor impide realizar lo que necesita, si tienen energía suficiente para la vida diaria, que tan satisfecho esta con su sueño, en realizar actividades de la vida diaria, y en la capacidad de trabajo con una respuesta de poco satisfecho entre un 33 a 40 % .Dentro del área psicológica, lo conforma la preguntas de “cuanto se disfruta la vida”; un 38.9 % contestó que lo normal al igual que acerca de si su vida tiene sentido con 35.2 % y en las que se encuentran poco satisfechos, acerca de la capacidad de concentración con 44.1 %, la aceptación de la apariencia física 34.5 %, la satisfacción de sí mismo con 38.3 %, en cuanto a la frecuencia de presentar sentimientos negativos, la respuesta con un mayor porcentaje fue la de raramente con 34.7 %. El área social está compuesta de tres preguntas; de estas la que presento menor puntaje fue acerca de la satisfacción de las relaciones sexuales en la cual se encuentran poco satisfechos con 41.1%, en cuanto a la satisfacción de sus relaciones personales y apoyo que obtiene de sus amigos, la respuesta promedio fue como normal con 36-37.5 %. El área del ambiente se evalúa con 8 preguntas, entre las que más destacan, con los porcentajes más bajos, son acerca de la seguridad que sienten en la vida diaria, tener el dinero suficiente para cubrir sus necesidades diarias y acerca de tener oportunidad para realizar actividades de ocio con la respuesta de “poco” , con porcentajes de 38.9 y 41.1 %.

DISCUSIÓN

En primer lugar destacamos una alta prevalencia de trastorno de insomnio, en el presente estudio, en el cual fueron participes 136 adultos mayores de entre 60-80 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, a los cuales se les aplicó de manera inicial como tamizaje, los instrumentos de Índice de Severidad del Insomnio (ISI) el objetivo fue identificar a pacientes con alteraciones del sueño. La edad media de entre los encuestados, fue de 69.5 años. En relación a la variable sexo, y la presencia de insomnio, se encontró una prevalencia de 60.3 % en el sexo femenino y 39.7 % en el masculino. Respecto a las variables descriptivas de estado civil, escolaridad y empleo, los promedios más altos en cuanto al estado civil fue el de casado con 69.9%, seguido de los solteros/divorciados con 16.2%, en cuanto a la ocupación con 57.4%, los más afectados fueron las/los trabajadoras del hogar o jubilados(as) y en cuanto a la escolaridad con 48.5 %, los que cursaron la primaria.

Los resultados obtenidos acerca del estado civil contrastan con investigaciones previas, ya que suele ser más frecuente en viudos y divorciados y en cuanto el resto de resultados obtenidos, estos fueron similares a resultados de investigaciones previas como la de Isabel Torrens y cols. en Mallorca España 2018 en donde obtuvo una prevalencia de insomnio del 21,1%, siendo más común en mujeres, viudos y divorciados, jubilados y desempleados.⁴⁷

Díaz L. et al encontró que factores sociales como la jubilación, el aislamiento social y la institucionalización favorecen la presencia de insomnio con impacto negativo en la salud.⁴⁸

Ying Ma, et al en 2018 en Anhui China, encontraron que vivir solo fue un predictor positivo significativo para presentar insomnio severo, esto podría deberse a un mayor nivel de estrés como consecuencia de vivir solo.⁴⁹

Dentro de los objetivos de manera inicial, fue determinar la presencia de insomnio en los pacientes encuestados mediante el cuestionario de Índice de Severidad del sueño, los resultados arrojaron que el 100 % de las encuestados presentaron insomnio, realizándose una clasificación y de acuerdo al puntaje obtenido; 19.1 % presentó una forma leve, 47.8 % en su forma moderada y 33.1 % como grave, lo cual llama la atención, ya que se superaron las expectativas, tomando en cuenta investigaciones previas. Los participantes que cumplieron con la puntuación requerida para clasificarlos como insomnio, se les fue aplicado el instrumento de Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh con el fin de obtener mayor información acerca las alteraciones del sueño y las áreas mayormente afectadas. Mantener un sueño de calidad es esencial tanto en la población sana como en la enferma, ya que este afecta directamente a nuestro bienestar y calidad de vida, por ello la importancia de aplicar el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP). La calidad de sueño es un factor importante para la

salud de las personas, para que se desarrollen satisfactoriamente en sus actividades del día al día. Es un indicador de su bienestar y permite conocer que tan “bien” o “mal” duermen. Por lo tanto, implica varios factores, como los horarios de dormir y despertar, la duración del sueño, el tiempo que toma conciliar el sueño, los problemas para conciliar o mantener el sueño y la sensación de somnolencia al día siguiente.

Los resultados recabados del cuestionario de ICSP, fue acerca de la hora promedio de acostarse que fue las 12 am, la hora de levantarse en promedio fue de las 5 am, pasando en cama aproximadamente 6.7 hras con una duración de sueño de 5.3 hras, y una eficiencia del sueño de 79.7%, dichos resultados nos dan un panorama acerca de las alteraciones por las que están pasando los pacientes para poder dormir, lo cual es algo esencial en toda persona durante cada etapa de la vida. Cuando el patrón del sueño se afecta, se presentan alteraciones en la vida diaria del sujeto que lo padece, ello genera un impacto negativo en las actividades que realiza en el medio personal, familiar y social. (Díaz L. et al)⁴⁸. Por ello se evaluó la calidad de vida en los participantes afectados, este se realizó mediante el cuestionario de calidad de vida de WHOQOL-BREF, se documentó al evaluar y promediar los 4 dominios o áreas (salud física, psicológica, relaciones interpersonales o sociales y el entorno o ambiente) que más del 51% presento alteraciones leves en la calidad de vida, 44 % sin relevancias en la calidad de vida y menos del 1 % presento alteraciones graves, lo cual es un resultado insignificativo, tomando en cuenta que un porcentaje alto de los participantes presento insomnio de moderado a grave, sin haber un impacto importante en la calidad de vida de los afectados. El cuestionario de WHOQOL-BREF al evaluar en conjunto las 4 áreas, permite obtener una percepción real de la calidad de vida, ya que al hacerse una evaluación acerca de la percepción de la calidad de vida, el resultado fue que un 37.5 % de los encuestados, percibe su vida como poco buena a muy mala con un 12.5 %, y al evaluar la percepción acerca de la satisfacción con la salud el porcentaje aumenta hasta 45.5 % de insatisfacción, lo cual guarda una relación más estrecha con estudios previos.

Varios autores ya han constatado cómo el insomnio interfiere en la percepción de la calidad de vida del paciente que lo padece. A pesar de la aparente benignidad del insomnio, es inexcusable que el médico obvie este aspecto en la anamnesis, ya que ese trastorno representa un factor de riesgo diferenciado de las comorbilidades con las que pueda coexistir. Debe diagnosticarse y tratarse por las alteraciones que produce, tanto en la calidad de vida del paciente como en la de sus familiares o cuidadores (García M et al).

Los trastornos del sueño en los adultos mayores suelen pasar desapercibidos y/o no tratarse, contribuyendo al inicio o empeoramiento de condiciones neurológicas, psiquiátricas y médicas, Lo cual repercute cada vez más en su calidad de vida .Los pacientes y médicos usamos el término de” insomnio” diariamente e indistintamente para referirnos tanto a dormir mal al sueño no reparador al insomnio como queja o síntoma o como al propio trastorno de insomnio crónico, estos términos pueden tener muchas similitudes entre sí, sin embargo es primordial tenerlos claros cada uno para no confundirlos , hay que tomar en cuenta cada uno o en conjunto, los instrumentos de tamizaje para insomnio, son una herramienta rápida y útil para hacer el diagnostico en la consulta del médico de primer contacto complementado con la clínica.

Por otro lado, se observó que el estar en tratamiento con psicofármacos empeora la autopercepción de la calidad de vida hasta el punto de que hay autores que consideran que el efecto negativo del insomnio sobre la calidad de vida pudiera ser debido, en gran parte, al tratamiento que requiere. Por lo anterior debemos enfocarnos en brindar una mejor atención a los pacientes con insomnio. Aunque muchas veces seguimos las recomendaciones respecto a la adecuación de los fármacos, dejamos de lado aspectos educativos con efectividad contrastada, y en muchas ocasiones prolongamos los tratamientos por encima de las recomendaciones y utilizamos pautas que suelen ser inadecuadas. Además, no registramos parte de nuestras actuaciones y cambios, lo cual dificulta el seguimiento de los pacientes. La falta de tiempo por la masificación de las consultas y la carga burocrática pueden ser, en parte, responsables de algunas deficiencias, pero no debemos perder la oportunidad para establecer medidas de mejora de nuestras actuaciones y actividades educativas, adecuándolas a cada situación para contribuir a la mejora de la calidad de vida de nuestros pacientes.

El insomnio se ha asociado con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Influye de una manera importante en el incremento en el riesgo de caídas, disminución de la calidad de vida, disfunción diurna, se ha observado mayor riesgo de deterioro cognitivo, peor estado físico, limitaciones funcionales, entre muchas otras alteraciones, lo cual debe concientizarnos como médicos de no tratarla de manera indistinta y darle la importancia que se merece como muchas otras patologías.

CONCLUSIONES

En este protocolo de investigación se logró cumplir con los objetivos planeados y expectativas iniciales, se identificó la alta prevalencia de insomnio entre derecho habientes de la UMF 94, se identificaron pacientes con insomnio, los cuales desconocían presentar este trastorno tan común en México y resto del mundo, el insomnio representa un problema importante de salud pública el cual se ha vinculado a la modernidad, a las condiciones socio económicas, la disminución de la actividad física y estrés, así como el bajo nivel de escolaridad y bajos ingresos económicos lo cual fue parte del protocolo de investigación, se determinó que el impacto del insomnio en la calidad de vida de adultos mayores no guarda una relación estrecha con el grado de insomnio que se presente, ya que influyen distintos factores que integran las áreas de la calidad de vida, y al integrar estas el resultado es favorable, sin embargo al evaluar el estado de salud con respecto a la calidad el resultado habrá alteraciones importantes en la calidad de vida percibida por los pacientes. De esta manera concluimos que el insomnio es más prevalente y más severo en los adultos mayores, comparado con otros grupos de edad y suele ser más frecuente y pronunciado en mujeres. La prevalencia se incrementa conforme avanza la edad, mostrando un incremento notable después de la séptima década de la vida (70 años), Siendo el insomnio el trastorno del sueño más frecuente, con una prevalencia del 10-15%, y aumenta con la edad (hasta un 25%) y aunque la estructura del sueño varía fisiológicamente con la edad, hay que tener claro que el insomnio no forma parte de un proceso normal de envejecimiento. En cuanto a las variables demográficas estudiadas, respecto al estado civil, los más afectados fueron los participantes que se encuentran casados, en este caso el resultado no coincidió con estadísticas previas, lo cual hace pensar que en los casos afectados influyeron otros factores como el ser cuidadores primarios de sus parejas o presentar problemas maritales al tener una mala dinámica familiar, lo cual se podría abordar en futuros protocolos de estudio y como segundo más frecuente, se encuentran las personas solteras, divorciadas y viudas, es de especial importancia este rubro de afectados, los cuales se ha demostrado en diversas investigaciones, que vivir solo, es un predictor muy significativo para insomnio severo con un mal pronóstico en esta patología y en otras, debido a presentar un mayor nivel de estrés que se genera como consecuencia de vivir solo (Ma Y, et al)⁴⁹, se ha observado que las personas que tienen una mayor frecuencia de contacto social con vecinos, niños o amigos tienen menos probabilidades de presentar grados altos de insomnio. Estudios anteriores han demostrado la importancia de la calidad del contacto social para determinar el bienestar subjetivo, la depresión y el estado de salud autoevaluado en la edad.⁴⁹ El apoyo social, de la familia y la comunidad toma una gran importancia en pacientes con insomnio y la calidad de vida, de esta manera el

apoyo social enriquece las fuentes de información para las personas mayores y de esta manera aumentar la disponibilidad de información que desencadena un comportamiento relacionado con la salud y los hábitos de sueño saludables, de esta manera el apoyo social atenúa la influencia negativa del estrés psicológico sobre el sueño al proporcionar amortiguadores contra los factores estresantes y es lo que hace la diferencia entre pacientes sumamente afectados pero con una buena red de apoyo hace que su calidad de vida no vea tan afectada como en otros casos en los cuales no tienen apoyo social, los cuales tienen menos probabilidades de tener ayuda económica, apoyo emocional, una mejor información y un pronóstico desfavorable.

De esta manera se llegó a la conclusión, que no hay una relación directa con la presencia de insomnio y las alteraciones en la calidad de vida de los participantes estudiados, sin embargo se debe dar la importancia de hacer un diagnóstico temprano de insomnio, no agotar las reservas por las que cuenta el paciente y no subestimar el diagnóstico de insomnio si es que este no tiene afectación en la calidad de vida, ya que como toda patología al hacerse crónica suele tener mayores afectaciones en su salud y también a nivel familiar lo cual podría romper con el equilibrio que se mantiene y desproteger de esta manera a los pacientes afectados, tomar en cuenta que el insomnio tiene una relación directa con morbilidades.

No existe un tratamiento ideal y único para el paciente que padece de un trastorno de insomnio y en cualquier caso siempre es tarea del profesional diseñar un plan de tratamiento personalizado para cada paciente apoyándose en los conocimientos teóricos y en la práctica diaria, así como en su experiencia.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

El insomnio debe considerarse un problema importante de salud pública en México, deben desarrollarse programas preventivos eficientes para aliviar este problema emergente entre las personas mayores de este país, de esta manera se disminuirá las comorbilidades asociadas y la prescripción desmedida de benzodiazepinas que solo afectan aún más la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio se debe dar mayor importancia en hacer diagnóstico oportuno de insomnio, mediante tamizaje o a todo paciente el cual asista a consulta médica de primer nivel de atención, dar un tratamiento oportuno e individualizado de acuerdo a las características o antecedentes de cada paciente con el fin de evitar mayores complicaciones a futuro.

Desarrollar programas preventivos e informativos para pacientes, en cuanto a mala calidad del sueño, insomnio, así como sus repercusiones en la vida diaria y su enfermedad, para generar un mayor conocimiento, aceptación, adherencia al tratamiento no farmacológico.

Es importante capacitar al personal de salud de primer contacto, con el fin de reconocer estos trastornos, dar un diagnóstico oportuno, así como brindar orientación y consejería de los aspectos psicosociales que pueden detonar estos padecimientos, para fomentar una mejor relación y soporte con el paciente.

Las instituciones de salud deben considerar realizar talleres o contar con consultorios con médicos que se especialicen en tratar estos casos, especialmente en los casos con larga evolución de la enfermedad, o casos con un recién diagnóstico que estén orientadas a la prevención de las complicaciones crónicas de esta enfermedad o afectación grave de su calidad de vida. Se debería dar mayor seriedad en tratar esta patología y no verla como algo normal en adultos mayores y disminuir la prescripción desconsiderarle de benzodiazepinas.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados de la investigación tuvieron un ligero contraste con investigaciones previas, a pesar de la dificultad de la participación de los pacientes, debido a falta de tiempo o rechazo a firmar un consentimiento informado el cual fue explicado de manera clara previo a su participación, y debido al tiempo que se llevaba para contestar los instrumentos evaluadores o su aplicación directa para el entendimiento adecuado a las preguntas, fue extenuante, sin embargo se llegó a los objetivos requiriéndose información más amplia y específica acerca de características de cada paciente, la presencia de comorbilidades y los tratamientos farmacológicos por los cuales se encontraban

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Podría ser importante explorar los efectos del apoyo basado en la familia y la comunidad sobre el sueño en estudios futuros en México, los cuales no se abordan en el presente estudio, así como la Relación del insomnio con la depresión y las Comorbilidades más comunes en el insomnio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Vidal MC, et al. Conocimientos y actitudes de las enfermeras de Atención Primaria sobre el manejo del paciente con insomnio. *Enferm Clin.* 2017; 27(3):186-192.
- 2.-Sánchez AM, Vega J. Abordaje del insomnio en salud laboral. *Rev Enferm Trab.* 2019; 1(1): 11-20
- 3.-Álvarez B, et al .Intervención psicológica en trastornos del sueño: una revisión actualizada. *Rev clín contemp.* 2020;11(11):1-13
- 4.-Collado OMA, et al. Epidemiología de los trastornos del sueño en población mexicana. *An Med (Mex)* 2016; 61 (2): 87-92
- 5.-Botero B, et al. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica. *Hac Prom Sal,* 2007;1(12): 11– 24
- 6.- Robles A, et al. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Res.* 2016; 11(3):120-125
- 7.-López F, et al de Castro. Valoración Clínica y Calidad de Vida relacionada con la Salud del Paciente con Insomnio. *Rev Clín Med Fam* 2011; 4 (2): 92-99
- 8.-Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. Guía europea para el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *J Sleep Res.* 2017; 26 (6): 675–700.
- 9.-Guerrero S, Torre L. Los trastornos del sueño en México: a propósito de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Sleep disorders in Mexico. Regarding the National Health and Nutrition Survey]. *Neumol Cir Torax.*2018; 77(3):183-185.
- 10.-Collado M, et al . Epidemiología de los trastornos del sueño en población mexicana: seis años de experiencia en un centro de tercer nivel. *An Med (Mex)* 2016; 61 (2): 87-92
- 11.-Solomon C. G, Winkelman J.W. Insomnia Disorder, *N Engl J Med* .2015; 373 :1437- 1444.
- 12.-Sánchez A, et al .Insomnio: un grave problema de salud pública. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54(6):760-9
- 13.-Anzures M, et al .Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio. Segunda parte. *Arch Neurocién (Mex)* 2010; 15, (3): 171-178
- 14.-Guerrero S, et al. Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. *Salud Publica Mex.* 2018; 60 (3): 347–55
- 15.-Pujol J. Abordaje del insomnio en el adulto. *FMC.* 2017;24(10):555-63

- 16.- D'Hyver C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Rev Fac Med UNAM 2018 61(1):33-45
- 17.-González I, et al .La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerok. 2015;26(4):123-126
- 18.-Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. Guía europea para el diagnóstico y tratamiento del insomnio. J Sleep Res. 2017; 26 (6): 675–700.n
- 19.-Álvarez DA, et al. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. Neurol Arg. 2016.p.1-9
- 20.-Bollu P , Kaur H. Medicina del sueño: insomnio y sueño. Mo Med . 2019; 116(1):68–75
- 21.- López J, et al. Trigo. Guía de buena práctica clínica en Geriatria Insomnio. Soc Españ Geriat geront . 2018
- 22.-Solomon C. G, Winkelman J.W. Insomnia Disorder, N Engl J Med .2015;373 p.1437-44.
- 23.-García M, et al. Tratamiento del insomnio en las personas ancianas. Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García" [Internet]. 2021;9(1):123-134. Acceso: 00/mes/2020.
- 24.-Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011.
- 25.-Torrens I. Actitudes ante el insomnio de los médicos de AP de Mallorca. Elsev Esp. 2015:1-9
- 26.-Molero M, et al. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. ASUNIVEP. 2016 (3)2016.p 1-595
- 27.-Jerez A, et al. Guías de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño. GIETSH .2016;1.p
- 28Rosini J, et al.. Farmacología del insomnio: valoración de las distintas opciones. Nursing 2015; 32, 6.p.36-43
- 29.-Airagnes G. Uso indebido de benzodicepinas en ancianos: factores de riesgo, consecuencias y manejo. 2016 .18 (89)
- 30.-Poza J, et al. Melatonina en los trastornos de sueño. Neurología. 2018 .p 1-11 .Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.08.002>
- 31.- Sánchez A-G, et al. Insomnio. Un grave problema de salud pública. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; 54(6):760-9
- 32.-Ochoa L, et al. Trastornos del sueño en adultos mayores: Aumentar la conciencia sobre los pacientes y sus familiares. Kompass Neumol 2020; 2:p.26–27

- 33.-Pardo C, González C. Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria [Insomnia prevalence and environmental conditions in patients older than 65 years at Primary Care]. *Gerokomos*. 2017;28 (3):p.121-126
- 34.-Álvarez D, et al. Insomnio: Actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. *Neurología Argentina*. 2016. 8,(3).P.201-209
- 35.-Torrens I, et al. Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). *Aten Primaria*. 2019; 51(10):p. 617---625
- 36.-Hernandez M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Instituto Nacional De Salud Pública
- 37.- RAE. Género. Diccionario de la lengua española. 2017.
- 38.-RAE. Edad. Diccionario de la lengua española. 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
- 39.-RAE. Estado civil. Diccionario de la lengua española. 2017.
- 40.-INEGI. Glosario, Nivel educativo. 2017. Disponible en: INEGI
- 41.-RAE. Ocupación. Diccionario de la lengua española. 2017
- 42.-Gagnon C, Bélanger L, Ivers H, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index in primary care. *J Am Board Fam Med*. 2013; 26(6):701–10.
- 43.-. Higuera L-F, et al .Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cub Sal Púb*. 2014;40 (2):175-189
- 44.-Espinoza et al .Validación del cuestionario Whoqol-Bref en adultos chilenos - *Rev Med Chile* 2011; 139: 579-586
- 45.- Carralero P, et al. Calidad del sueño según el Pittsburgh Sleep Quality Index en una muestra de pacientes recibiendo cuidados paliativos. *MedPaliat*.2013; 20(2):44-48
- 46.-Urzúa A, et al .Estructura Factorial y valores de referencia del Whoqol-Bref en población adulta chilena. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1547-1554
- 47 Torrens I, et al. Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). *Aten Primaria*. 2019; 51(10):p. 617---625
- 48.- Díaz L. et al, Tratamiento del insomnio en las personas ancianas. *Arch. Hosp. Univ. "Gen. Calixto García"* [Internet]. 2021;9(1):123-134.

49.- Ma Y, et al. Prevalence and socio economic correlates of insomnia among older people in Anhui, China AJA Inc, Vol 37 (3) 2018, p 91–96

ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

ESCALA DEL INDICE DE SEVERIDAD DEL INSOMNIO (ISI)					
1.-Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido / a :	1	2	3	4	5
Dificultad para permanecer dormido / a :	1	2	3	4	5
Despertarse muy temprano :	1	2	3	4	5
2.- ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho			Muy descontento	
1	2	3	4	5	
3.-¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día , capacidad para las tareas cotidianas / trabajo , concentración , memoria , estado de ánimo , etc) ?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	
4.- ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida ?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	
5.- ¿Qué tanto estas preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
1	2	3	4	5	

ANEXO 2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

ESCALA DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH	
Sexo : Femenino Masculino	Edad:
Estado Civil:	Ocupación:
Escolaridad:	
Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante en el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes.	
POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS	
1.-Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?	
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (Apunte el tiempo en minutos)	
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?	
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido)	
Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste todas las preguntas.	
5.-Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:	
No poder conciliar el sueño en la primera media hora:	
<input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes	
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	
<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana	
Despertarse durante la noche o de madrugada:	
<input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes	
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	
<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana	
Tener que levantarse para ir al sanitario:	
<input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes	
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	
<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana	
No poder respirar bien:	
<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes	
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	
<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana	
Toser o roncar ruidosamente:	
<input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes	
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	
<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana	
Sentir frío:	
<input type="checkbox"/> Ninguna vez en el último mes	
<input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana	
<input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana	
<input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana	

Sentir demasiado calor:

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

Tener pesadillas o “malos sueños”:

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

Sufrir dolores:

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

Otras razones (por favor descríbalas a continuación):

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

6.-Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

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

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

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

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

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

- Ningún problema
- Un problema muy ligero
- Algo de problema
- Un gran problema

ANEXO 3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente bien
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
	Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.					
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ANEXO 4 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Unidad de Medicina Familiar No. 94, a Noviembre del 2021.
Número de registro:	R-2021-3511-080
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El reporte 2016 de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) nos habla de una reducción de sueño de hasta de menos de 7 hrs en un 28.4% de la población encuestada, esta equivale a más de 20 millones de mexicanos, siendo más común en localidades urbanas, en la región de la Ciudad de México. Esto constituye un signo de alarma para el sistema mexicano de salud".</p> <p>"De manera que si acumulamos las cifras anteriores la cantidad de mexicanos que está experimentando una severa restricción del tiempo de sueño es realmente alarmante y constituye una grave epidemia que debemos reconocer y empezar a resolver".</p> <p>Las jornadas extendidas de vigilia y estar despierto por más de 17 horas genera un deterioro considerable de las capacidades psicomotoras. Un tercio de la población adulta tiene dificultades para dormir, y uno de cada cinco las presenta más de tres noches por semana, siendo más frecuente en las mujeres, áreas urbanas y en aquéllos que son portadores de hipertensión arterial sistémica. Las mujeres tienen insomnio con más frecuencia que los hombres. En el Valle de México, en mujeres mayores de 40 años, la prevalencia alcanzó el 42%, mientras que en hombres fue de 26%. Conocer la magnitud epidemiológica de los trastornos del sueño y sus factores relacionados son elementos indispensables para justificar la asignación de recursos e implementar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento. Existe evidencia sólida y creciente de que esas estrategias reducen la carga de enfermedades cardiometabólicas y de muerte prematura.</p> <p>Objetivo general: Identificar el impacto del insomnio en la calidad de vida en adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94.</p>
Procedimientos:	Recabar información a través de las Escalas para insomnio, como es el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg, el Índice de Severidad del Insomnio y el Cuestionarios whoqol, usado para conocer la calidad de vida del paciente durante el tiempo transcurrido del insomnio.
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos, la molestia puede ser el dedicarle tiempo a contestarlo
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la manera en que perciben vivir la vida, los pacientes con Insomnio crónico sintomático, además de ser brindada una orientación para mejorar su calidad de sueño o iniciar un tratamiento o valoración con su médico familiar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi seguimiento médico; así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se van a llevar a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro	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 me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha explicado que los datos que se recaben se trabajarán con estricta confidencialidad y privacidad, y que los instrumentos y las hojas de recolección de datos, no se divulgarán
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se dara una adecuada orientación y se derivara de manera oportuna a la consulta externa de Medicina Familiar en caso de identificarse datos de alarma por sobrecarga o afectacion en su calidad de vida por el insomnio deacuerdo a los hallazgos en los instrumentos.
Beneficios al término del estudio:	Proporcionar un panorama general que un grupo de pacientes con insomnio sintomático los cuales no mantengan un tratamiento adecuado o hayan perdido su control ,adscritos a una unidad médica de la zona norte de la Ciudad de México .
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Salazar Reyes Juan Pablo. Matrícula: 99362280, Teléfono: 57672977, extensión: 21465, Correo electrónico: pablo100412@hotmail.com
Colaboradores:	<u>Dra. Montoya Ruiz María Guadalupe , matrícula 94367112 , teléfono 5532295450 , correo electrónico: guadalupemontru@gmail.com</u>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma

ANEXO 5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

IMPACTO DEL INSOMNIO EN LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 80 AÑOS ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 94.

ACTIVIDAD	Mes	Mar 2020 – Ene 2021	Feb-Mar 2021	Abr- Jul 2021	Agos – Sep 2021	Oct- 2021	Nov - Dic 2021	Enero 2022	Feb- 2022	Mar- 2022
	Año									
Elaboración del Protocolo	P									
	R	R								
Selección del instrumento			P							
			R							
Elaboración de la hoja de recolección de datos				P						
				R						
Presentación al CLIS 3511 para registro de protocolo					P					
					R					
Recolección de la información						P				
						R				
Elaboración de la base de datos							P			
							R			
Captura de la información								P		
								R		
Procesamiento de Datos									P	
									R	
Análisis de los Resultados									P	
									R	
Elaboración del escrito científico										P
										R

P= programado R= realizado

*Donde quiera que se ame el arte de la medicina, se
ama también a la humanidad.*

Platón