

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
SEGUNDA PROMOCIÓN



TRASTORNOS DEL SUEÑO, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN LAS PARROQUIAS BELLAVISTA Y HERMANO MIGUEL EN CUENCA, PERIODO AGOSTO 2010 A ENERO 2011.

Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar

AUTORAS:

DRA. CATALINA DEL ROCÍO CLAVIJO GAIBOR.
DRA. MARÍA FERNANDA MARTÍNEZ IDROVO.

DIRECTOR:

DR. JOSÈ SOLA.

CUENCA, JULIO 2011

RESPONSABILIDAD

Los criterios, análisis, resultados y conclusiones vertidas en el presente informe son de exclusiva responsabilidad de los autores, además certifican que son originales y fueron obtenidos durante el proceso de investigación.

Dra. Catalina Clavijo G.

Dra. Fernanda Martínez I.

DEDICATORIA

A nuestras familias, esposos, hijos, padres, hermanos y amigos por el cariño brindado y la constancia, a nosotros por la permanencia dedicada y a todos los adultos mayores que gracias a ellos fue posible recolectar esta información que servirá como fuente de información dentro de la investigación.

Los Autores

A G R A D E C I M I E N T O

A Dios por el amor que nos tiene y nos concede la vida y a través de ella alcanzar nuestra meta.

A nuestras familias, por su apoyo y sacrificio en este periodo de formación.

A nuestros profesores, de manera especial al Dr. José Sola y al Dr. Alberto Quezada por su participación y aporte académico en la elaboración de esta investigación.

A los adultos mayores que colaboraron e hicieron posible esta investigación.

ÍNDICE

	Nº de Pag.
RESPONSABILIDAD.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	V
RESUMEN.....	VI
SUMMARY.....	VII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2 - 11
3. OBJETIVOS	12
4. HIPOTESIS.....	12
5. METODOLOGÍA UTILIZADA.....	13 - 14
6. RESULTADOS	15 - 25
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	26 - 27
8. CONCLUSIONES.....	28
9. RECOMENDACIONES.....	29
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30 - 36
11. ANEXOS.....	37 - 51

RESUMEN

Introducción.- El cambio en la pirámide poblacional de nuestro país, debido a las altas tasas de natalidad y de mortalidad, y a la mayor esperanza de vida en el grupo de adultos mayores, han hecho que temas relacionados con esta población sean más frecuente en la consulta de los distintos servicios de salud.

Los trastornos del sueño en el adulto mayor se caracterizan por tener una frecuencia alta, significativa afección de la calidad de vida y por un pobre reconocimiento por parte del médico. La relación entre la calidad del sueño y la funcionalidad familiar así como la calidad de vida es motivo de estudio.

Metodología.- El estudio fue de 60 adultos mayores, se les aplicó un cuestionario para la recolección de datos demográficos y para la determinación de funcionalidad familiar se aplicó el test de Apgar familiar, para la valoración de la calidad del sueño se aplicó el test Calidad de sueño de Pittsburgh, validación colombiana (ICSP-VC). Los datos recogidos fueron tabulados el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows, se complementaron las tablas con gráficos según la variable en estudio realizados en el programa Microsoft Excel 2010; para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje) y para la asociación entre variables el estadígrafo Chi cuadrado de Pearson se realizó tablas de contingencia y se obtuvo el estadístico Riesgo relativo y el valor de p para significancia estadística.

Resultados.- Del total de adultos mayores en estudio: la mayoría tienen más de 79 años, fueron varones, poseen un nivel de estudio básico, fueron casados, reciben el bono solidario, poseen HTA como enfermedad más prevalente, poseen familias nucleares, poseen familias disfuncionales. Poseen una mala calidad del sueño, no utilizan medicamentos para dormir, poseen una buena calidad de vida.

No se encontró relación entre la calidad del sueño y la funcionalidad familiar, la calidad del sueño si se encuentra relacionada con la calidad de vida, una mala calidad del sueño determina un riesgo aumentado en 2.25 veces de poseer una mala calidad de vida.

Conclusión.- La calidad del sueño de los adultos mayores en este estudio es mala, la calidad de vida es porcentualmente buena, no se relaciona la calidad del sueño con la funcionalidad de las familias de los adultos mayores si lo hace con la calidad de vida.

Palabras Claves: Adulto mayor, calidad del sueño, funcionalidad familiar, riesgo.

SUMMARY

Introduction .- The change in population structure of our country, due to high birth rates and mortality and increased life expectancy in the elderly group, have made issues with this population are more frequent in consultation of the various health services. Sleep disorders in the elderly are characterized by a high frequency, significant involvement of the quality of life and a poor recognition by the physician. The relationship between sleep quality and family functioning and quality of life is being studied.

Methodology .- The study of 60 seniors, they were given a questionnaire to collect demographic data and functionality for the determination of applied family Apgar family test for assessing the quality of sleep quality test was applied Pittsburgh Sleep, validation Colombia (ICSP-VC). The data collected were tabulated SPSS 19.0 for Windows, graphics complemented by tables with the variable under study made in the program Microsoft Excel 2010, for the statistical analysis used descriptive statistics (frequency and percentage) and for the association between variables the Pearson chi-square statistic was made contingency tables and obtained the relative risk statistic and p value for statistical significance.

Results .- Of the older adults in the study: the majority have more than 79 years, were male, have a basic level of study, they were married, they receive the solidarity bonus, have hypertension as a disease more prevalent, have nuclear families, families have dysfunctional. They have poor quality sleep, do not use sleep medications, have a good quality of life. No relationship was found between sleep quality and family functioning, quality of sleep if it is related to the quality of life, poor sleep quality results in a 2.25 times increased risk of having a poor quality of life.

Conclusion .- The quality of sleep of older adults in this study is poor, the percentage quality of life is good, is not related quality of sleep with the functionality of the families of the elderly if it does the quality of life.

Keywords: Elderly, quality of sleep, family functioning, risk.

1. INTRODUCCIÓN

Para nadie es un misterio decir que nos encontramos frente a un país que está envejeciendo, y no solo nuestro país, ya que las proyecciones actuales de la Organización de las Naciones Unidas indican que para el 2025 América Latina y el Caribe tendrá un promedio de 8 a 14% de la población de más de 60 años. (Peláez-Palloni & Ferrer 2000).

Según el último censo poblacional 2001 realizado a nivel nacional, revela que la población de adultos mayores representa el 6.05% (Dávila 2006), mientras que en el Azuay el porcentaje de adultos mayores es del 9.5% (Villacís 2008).

Esta transición demográfica es resultado de dos importantes fenómenos, el aumento de la esperanza de vida y la baja en las tasas de natalidad; lo que ha asociado a un aumento de las expectativas de vida de nuestros adultos mayores. En Ecuador una de las razones de este cambio es gracias a los progresos terapéuticos y asistenciales, así como a las propuestas del gobierno que a través del Ministerio de Salud están orientando sus lineamientos a este grupo etario y que ha influido directamente en el aumento de los años de vida.

En el Plan Nacional para las personas Adultas Mayores 2006-2010 referente a envejecimiento saludable, no menciona la importancia del sueño en la calidad de vida del adulto mayor y en la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas realizado en Madrid (2002 p. 25), no se discutió la importancia del sueño como factor decisivo en la calidad de vida del adulto mayor, mientras que en las Guías de Atención Primaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), resalta que un sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable (Álvarez et al 2010).

Álvarez P, Pazmiño L, Villalobos A, et al. 2010. Normas y Protocolo de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores.

Dávila, F 2006. Perfil Epidemiológico en el Adulto Mayor Ecuatoriano. Quito.

Peláez, M; Palloni, A. & Ferrer M. 2000. "Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe". CEPAL Seminarios y Conferencias No. 2, Santiago de Chile. (pp 171 a 194)

Villacís, B 2008. Indicadores básicos de salud, Ministerio de Salud Pública Ecuador, Quito.

2. MARCO TEÓRICO

Adulto Mayor

“Según Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más del 7% son personas mayores de 65 años, y propone trazar la línea divisora en los 60 años para los países en vías de desarrollo”

El término “envejecimiento” se asocia comúnmente al proceso biológico que experimenta una persona cuando va ganando años, sin embargo, el comienzo y la percepción de la vejez tienen que ver no sólo con la evolución cronológica sino también con fenómenos de naturaleza bio-psíquica y social. (Carvalho y Andrade, 2000).

Se ha cambiado el término tercera edad y ahora se le llama Adulto Mayor a las personas de más de 65 años. Se tomó esa edad según la ley del anciano promulgada en el R.O. 961 del 19 de junio de 1992 y decreto ejecutivo No. 3437. (Dávila 2006, p. 5).

Cada año cerca de 40 millones de personas en los Estados Unidos sufren de trastornos del sueño (Centro Nacional de Investigación de Trastornos del Sueño 2009, p. 15) por lo que estamos ante un problema muy común, estudios de Anconi (2010), señalan que la prevalencia de trastornos del sueño en la población general se sitúa entre el 20 y 30% e incrementa con la edad. Se han realizado en México estudios sobre la frecuencia del insomnio en pacientes de consulta externa de un hospital general y en la población general y se detectó en una frecuencia del 36% (Reyes et al. 2010)

Esta frecuencia alta y pobre reconocimiento por parte del médico encargado del cuidado del adulto mayor ha sido poco estudiado en nuestro país, debido a una educación del personal sanitario enfocada a informar sobre los cambios normales de sueño que aparecen como consecuencia del envejecimiento y falta de capacitación al personal médico en la educación pregrado.

Centro Nacional de Investigación de Trastornos del Sueño FDA Office of Women's Health.

Dávila, F 2006. Perfil Epidemiológico en el Adulto Mayor Ecuatoriano. Quito.

Reyes, H et al. 2010 Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio. Rev. El Residente. Vol. 5 N. 3 pp. 130-138

En el Ecuador de las 10 principales causas de morbilidad por grupos de edad, se pudo determinar que en Azuay, a partir de los 65 años el adulto mayor es más susceptible de padecer de afecciones gastrointestinales, cardíacas, pulmonares, digestivas, urinarias, óseas, y no menciona los trastornos del sueño dentro de esta clasificación. (Dávila, 2006). Debido a la falta de reportes estadísticos, existen actualmente cuestionarios para valorar la higiene del sueño e insomnio en adultos mayores con la finalidad de explorar este aspecto que puede resultar el pilar preventivo promocional básico de toda evaluación del paciente con trastornos del sueño (Tello et al. 2009)

Las personas mayores en general, no duermen menos que el resto de la población, sino que duermen distinto, ya que a lo largo de la vida la estructura del sueño se modifica. En los adultos mayores, se observa que el tiempo total del dormir es menor, las etapas más profundas son más cortas, por lo que el sueño es más fragmentado, con más despertares e inquietud en la cama; es mayor el tiempo de sueño ligero (N1, etapa I y N2, etapa II), menor el sueño profundo o de ondas lentas (N3, combinación de la etapa III y IV), el primer período de sueño MOR se inicia con una latencia más prolongada, y el tiempo total que se invierte en sueño MOR se reduce. La latencia (el tiempo que toma para que se quede dormido) es mayor, y su eficacia (relación entre el tiempo que se duerme y el tiempo que se pasa en la cama) es menor. Además, los ancianos incurren en más siestas y “cabeceos” durante el día que los jóvenes y es frecuente que presenten este desplazamiento del ritmo circadiano sueño-vigilia, que da lugar tanto a una somnolencia vespertina temprana, como a un despertar precoz (Guzmán et al 2009)

En el DSM-IV los trastornos del sueño se clasifican en cuatro categorías: Trastornos del sueño primarios (disomnias y parasomnias), trastornos del sueño relacionados con otros trastornos mentales, trastornos del sueño relacionados con una enfermedad médica y trastornos del sueño inducidos por sustancias. (Fuente-López & Riera. 2006)

Dávila, F 2006. Perfil Epidemiológico en el Adulto Mayor Ecuatoriano. Quito.

Fuentes B, López R & Riera A. 2006. Protocolo diagnóstico y terapéutico del insomnio en el anciano. Madrid.

Guzmán A, Cura I, Petra F, et al. 2009. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid; pp 112-115

Tello T, Varela L, Ortiz P, et al. 2009 Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, Lima, Perú, Rev. Acta Médica Peruana, Vol 26, N. 1 pp. 22-26.

De los trastornos del sueño, la principal dificultad es el insomnio, que es casi el doble de frecuente en la mujer (Pando et al. 2001), es por eso que nuestro estudio se centra específicamente en el Insomnio como consulta médica.

Según la clasificación DSM IV, insomnio se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la falta de un sueño reparador (sueño aparentemente adecuado en cantidad, que deja al sujeto con la sensación de no haber descansado lo suficiente) durante tres veces en una semana durante un mínimo de un mes, con suficiente intensidad para provocar repercusiones (cansancio diurno, irritabilidad, falta de concentración, pérdida de memoria, etc.) y no ser debido a otro trastorno mental ni a efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica. (Ceverino. 2007)

Según la ASDC (Asociación Americana de los Trastornos del Sueño), el insomnio se caracteriza por una latencia del sueño superior a 30 minutos, número de despertares nocturnos superior a dos horas, tiempo de vigila nocturna superior a una hora y tiempo de sueño total inferior a seis horas. (Jerez et al 2008)

Estudios de (Ancoli 2008, 2009), han demostrado que las personas que informan de insomnio presentan una tasa incrementada de morbilidad y mortalidad, por ejemplo, a menor latencia de sueño mejor es la calidad objetiva de sueño lo que se ha relacionado positivamente con menor número de enfermedades y de medicamentos consumidos y menor mortalidad total. Las personas con insomnio cuentan con una probabilidad el doble de alta que los que no sufren insomnio de padecer accidentes de tráfico.

(Schubert 2002), analizó la prevalencia del insomnio y los efectos que produce en la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de sujetos de entre 53 y 97 años que participan en un estudio longitudinal de cinco años de seguimiento, el 26% de los sujetos informaba de algún problema de sueño que podía ser considerado insomnio, el 13% de dos de ellos (p. ej., despertarse muchas veces de noche y tener dificultad para dormirse tras cada despertar) y un 10% de tres.

Ancoli-Israel et al. 2009 Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. J Am Geriatr Soc, pp 761–789.

Jerez J, Silva J, Herrera, P et al. 2008. Guía Clínica Insomnio en el adulto mayor. Ministerio Salud Pública. MINSAL. Chile.

Pando M, Aranda C, Aguilar M et al. 2001. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, pp 63-69.

Schubert, C.2002. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. Pp. 48-52.

Todas las subescalas de la SF-36 descendían significativamente a medida que aumentaban las características de insomnio informadas.

En un estudio reciente (Byles- Mishra & Harris 2005), analizan el efecto en la calidad de vida de los problemas de sueño de una muestra de 10430 mujeres australianas de 70 a 75 años y concluyen que los problemas de sueño son muy comunes y persistentes entre las mujeres mayores y se asocian fuertemente al empleo de medicación.

En un estudio (Foley et al 1995), encontraron que los principales factores de riesgo para el padecimiento de insomnio son tener alguna enfermedad y utilizar medicación, presentar síntomas psicológicos especialmente depresión, bajos niveles de actividad física y pobre higiene de sueño; por ejemplo, cualquier condición médica que produzca dolor puede interferir con el comienzo del sueño y su mantenimiento y también medicamentos como los diuréticos, broncodilatadores, betabloqueadores, corticoesteroides, etc pueden producir insomnio. Además, un 75% de las personas con trastornos del ciclo sueño-vigilia tienen síntomas de ansiedad o depresión y más de un 50% de los pacientes con quejas persistentes de sueño padecen un trastorno psicológico.

El manejo del paciente con insomnio en Atención Primaria tiene que ser individualizado y se debe realizar un diagnóstico y tratamiento específico de la enfermedad subyacente si existe, se puede incluir tres tipos de intervenciones: medidas de higiene del sueño, tratamientos no farmacológicos y tratamientos farmacológicos.

Antes de iniciarse un tratamiento farmacológico deben iniciarse una serie de medidas que podemos definir como “higiene del sueño” y lo resumimos en el Anexo 1, estas medidas pretenden modificar circunstancias relacionadas con los hábitos y el estilo de vida del sujeto que pueden interferir con el sueño. (Guzmán et al. 2009)

En un estudio realizado por (Montgomery et al. 2005, 2008), sobre el tratamiento no farmacológico y las intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar la calidad, la duración y la eficiencia del sueño entre adultos mayores, concluyen que han demostrado ser superiores al placebo y las mejoras obtenidas respecto al sueño se mantienen con el tiempo, a diferencia del resultado obtenido con el tratamiento farmacológico, que pierde eficacia con el uso prolongado.

Para tratamiento del insomnio, (Soriano 2010) ha demostrado claramente eficacia en terapia conductual o cognitivo-conductual, alguna eficacia en la autoayuda, acupuntura, ejercicio físico y relajación; no ha demostrado eficacia la terapia de luz en mayores de 60 años.

Sólo cuando lo anterior no ha dado resultado será necesario recurrir a medidas farmacológicas, que observamos en el Anexo 2, y se muestran los fármacos más tratados para el insomnio (Rivera 2006), pero nuestro estudio no está enfocado al uso de medicación farmacológica para tratar cualquier tipo de trastorno del sueño.

Los sedantes-hipnóticos no se recomiendan en los ancianos puesto que los riesgos pueden superar a los beneficios. En una revisión sistemática de 24 ensayos clínicos aleatorizados con 2.417 pacientes mayores de 60 años con insomnio persistente al menos cinco noches. Los tratamientos utilizados fueron: benzodiazepinas, zopiclona, zolpidem, zaleplon y difenidramina y concluyeron que los hipnóticos mejoraron la calidad del sueño, el tiempo total de sueño y redujeron el número de despertares por noche, en comparación con el placebo. Sin embargo, los hipnóticos produjeron problemas cognitivos 4,87 veces más que el placebo, problemas psicomotores 2,61 veces más que el placebo, e informes de fatiga diurna 3,82 veces más que el placebo. (Benca 2005)

Montgomery P et al (2005) "Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad" (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, Número 4.

Soriano, M. 2010. Tratamiento basado en la evidencia para el insomnio. BMJ 2005 Nov 19;331(7526):1169

Rivera S (2006) Trastorno del sueño. Manejo de los hipnóticos "Manejo del insomnio", Departamento de medicina familiar de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Artículo 64.

Benca R. 2005. Diagnosis and Treatment of Chronic Insomnia: A Review Psychiatr Serv pp: 332-343.

Kñallefsky G. 2006. Inadecuada relación riesgo-beneficio de los hipnóticos en ancianos con insomnio. BMJ. Evid. act. pract. ambul. 9(2):40. Buenos Aires.

El uso de las benzodiazepinas en mayores para mejorar la calidad del sueño podría provocar trastornos de movilidad y dificultar las actividades de la vida diaria en un estudio longitudinal a 6 años con 9093 pacientes de al menos 65 años. (Kñallevsky 2006). El uso de bezodiazepinas aumentaba la probabilidad de trastornos de movilidad y la probabilidad de presentar problemas en las actividades de la vida diaria

Calidad de Vida

El término “calidad de vida” empezó a utilizarse a principios de la década de 1960, como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales” o estudios de calidad de vida. Desde una perspectiva semántica, (Vera 2007) indicó que el concepto de calidad se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular, mientras que el de calidad de vida es más amplio y envuelve a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización.

Con el objetivo de conocer la percepción de la calidad de vida del adulto mayor (Peña et al 2009), realizaron el estudio *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE*, quienes para obtener los resultados del estudio, se basan en un estudio transversal observacional y descriptivo, donde entrevistaron 150 pacientes con promedio de edad de 72 años, mediante la aplicación del Cuestionario Breve de la Calidad de Vida (CUBRECAVI), para lo cual se utilizó el análisis univariado para las variables del estudio, con cálculo de los intervalos de confianza de 95%; obteniéndose los siguientes resultados:

- 32.7% de los pacientes fueron hombres.
- Todos los participantes tuvieron algún tipo de enfermedad, sin datos de demencia;
- 18.7% mencionó sentirse nada satisfecho con su salud,
- 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos y
- 24.7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de manera regular
- Pacientes con hipertensión arterial sistémica en 22.7%

- asociada con diabetes en 16.7 %.
- datos depresivos 48 %.
- Problemas de memoria, 40%.
- Problemas de memoria (desorientación y olvidos) 14.7% de los pacientes.
- Pacientes logran valerse muy bien por si solos 29.3%.
- Valerse bien 46%
- *De manera regular.* 24.7%

Se trata de un estudio con una buena acogida, sin rechazo para la aplicación del cuestionario por parte de los individuos, el mismo que se desarrollo en la sala de espera de la Clínica y se obtuvo la siguiente conclusión: la percepción de calidad de vida se relaciona de manera directa con las relaciones interpersonales, la población encuestada no busca atención médica, aunque tiene alguna enfermedad y lo que refleja es su calidad de vida. El CUBRECAVI es un instrumento útil para cuantificar la calidad de vida del adulto mayor, pero no es el único, y disponemos de más instrumentos más sencillos para nuestro grupo de estudio. (Herdmaña-Badia & Berra 2001).

En base al estudio anterior consideramos importante utilizar para nuestra investigación un cuestionario que permita de forma sencilla tener una evaluación de la calidad de vida de nuestros adultos mayores, como El EQ-5D (Ver Anexo 3); este instrumento ha sido utilizado de distintas maneras en atención primaria y es muy útil para la medición del estado de salud y de los resultados en salud en el ámbito poblacional, aunque no tiene suficiente sensibilidad para la medición de la salud o el seguimiento de pacientes individualmente, ni se trata de un instrumento de cribado o diagnóstico.

Vera, M 2007. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. Vol. 68, N° 003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, pp. 284 – 288.

Herdmana, M, Badia, X & Berra S 2001. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Pp. 425- 567 Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 28/01/2011.

Para la medición de la CVRS en condiciones habituales de práctica clínica en atención primaria, el EQ-5D presenta numerosas ventajas, una de las más destacables es que se trata de un instrumento muy corto y sencillo de rellenar y el tiempo de administración es de aproximadamente 2-3 minutos, por lo cual consideramos un instrumento ideal para nuestra investigación debido a que trabajaremos con la entrevista, y en un tiempo corto durante la consulta.

Desde su adaptación en España, el EQ-5D ha sido probado en numerosos estudios que permitieron medir sus propiedades psicométricas como la validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio, otra ventaja es que se ha probado en individuos relativamente sanos o con varias patologías y se ha mostrado sensible a los cambios en el estado de salud en varios grupos de pacientes, lo cual es de gran importancia si se pretende medir los resultados en calidad de vida en atención primaria a lo largo del tiempo y ha permitido comprobar la validez del instrumento en diferentes grupos, alertándonos por ejemplo respecto a posibles problemas del instrumento en determinadas poblaciones.

El sistema descriptivo contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones, refiriéndose al mismo día que cumple el cuestionario. (Veitía – Cuesta & Díaz 1999)

Veitía T, Cuesta D & Díaz C. 1999. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. Ciudad de la Habana; Facultad de Salud Pública, Cuba. MINSAP. P 165

Funcionalidad Familiar.

Para el desarrollo humano óptimo, la familia constituye el contexto de mayor importancia, guía a sus integrantes al logro de metas de crecimiento, estabilidad, control y espiritualidad mediante estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación, con el fin de mantener la congruencia familiar y responder a las demandas del entorno. (Restrepo- Cardona & Agudero 2003)

Sin embargo, como sistema social, la familia se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar, retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los adultos mayores (AM), los cuales son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social. (Friedemann 2008)

En la problemática que enfrenta la familia como sistema social con relación al subsistema AM, cobra importancia el concepto funcionalidad familiar del Marco Teórico de Organización Sistémica (MATOS) de Friedemann (una perspectiva desde el cuidado de enfermería).⁽³³⁾



Restrepo A, Cardona, D & Agudelo H. 2003 Aspectos Subjetivos del Envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Rev. Investigativa Vol. 21, N. 2. pp 80-91. <http://tone.udea.edu.co/revista/03>. Consultado 25/04/2004).

Friedemann ML, Mouch J, & Racey T. 2008. The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing. Rev. Journal of Advanced Nursing. Vol 39. N° 4. NY pp 325-332.

La funcionalidad familiar es la capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y que pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar.

(Zabala et al. 2009), decidieron realizar un estudio en familias disfuncionales con adultos mayores, este trabajo consistió en la propuesta de un instrumento para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en familias disfuncionales. Este instrumento denominado FF-SIL, referente a un *test* de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basados en 7 variables: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad, permite al personal de salud identificar el factor relacionado causante del problema familiar y así intervenir más eficaz y efectivamente en este. Esta propuesta fue aplicada en 20 familias disfuncionales de un área de Salud del Municipio Playa en Ciudad de La Habana y los resultados fueron favorables en todas las familias, ya que se alcanzaron las expectativas trazadas en diferentes intervalos de tiempos y se concluyó que esta propuesta facilita al profesional identificar los factores del funcionamiento familiar.

Por otro lado podemos citar el estudio sobre funcionalidad familiar basado en la capacidad física del adulto mayor integrante de la familia, este estudio fue realizado por (García et al. 2009) con el objetivo de explorar y correlacionar la capacidad física de los AM con el tipo de funcionalidad familiar en una comunidad rural, con base a la Teoría de Organización Sistémica de Friedemann (1995). Para cual se encuestaron 100 familias con integrantes AM seleccionados por muestreo probabilístico, la información se recabó a través de instrumentos validados como la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar y el Índice de Barthel, en esta investigación se concluye que la funcionalidad familiar en su dimensión mantenimiento del sistema, afecta la capacidad física del adulto mayor específicamente en sus funciones de eliminación y movimiento; que las familias con funcionalidad adecuada tienen más posibilidades de mantener a sus integrantes adultos mayores con capacidad física y una vejez exitosa.

Zabala R, Refugio M, Guerra R. et al. 2009. Funcionalidad Familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Colombia. Rev. Aquichan Vol 9, N° 3, pp. 257-270.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de trastornos del sueño en el universo de estudio, calidad de vida y funcionalidad familiar en adultos mayores de 60 años, residentes en las parroquias urbanas de Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de síntomas de Trastornos del Sueño en adultos mayores.
- Comprender el significado de la expresión calidad de vida para el adulto mayor y para su familia.
- Determinar la funcionalidad familiar en el comportamiento del Apgar familiar en adultos mayores.

4. HIPÓTESIS

Los Trastornos del sueño tienen una relación con la disminución de la calidad de vida en el adulto mayor, además alteran su funcionalidad familiar.

5. METODOLOGÍA

5.1 MUESTRA

La población en estudio está constituida por 100 adultos mayores con distintos grados de dependencia que pertenecen a 2 parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca.

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión para ésta investigación serán los adultos mayores con alteraciones cognitivas preexistentes de moderadas a graves e hipoacusia severa, ya que se requiere de su participación permanente en la recolección de la información.

5.2 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de corte transversal de prevalencia de adultos mayores de 60 años que acuden al Subcentro de Salud en dos parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, que pudiesen presentar alteraciones del sueño sin manifestarlas explícitamente.

5.3 METODO DE RECOLECCION DE DATOS:

Para la recolección de la información se utilizarán 3 instrumentos, además de la ficha clínica del paciente.

El primer instrumento es la hoja del formulario 0.57/2010 de la Norma y Protocolos de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, utilizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de donde obtenemos los datos de filiación del paciente, así como el conocimiento de sus patologías crónicas, el uso de medicamentos.

El segundo instrumento es el Apgar Familiar, propuesto por Gabriel Smilkstein en 1978, es un test de evaluación de la funcionalidad familiar mediante 5 funciones: apoyo, participación, crecimiento, afecto y recreación, de una forma cuantitativa. (Ver anexo) ⁽¹⁰⁾

Obteniendo el tipo de familia sea funcional, disfuncional leve y disfuncional severa.

La evaluación de la calidad del sueño se realizó mediante el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), validación colombiana (ICSP-VC). El ICSP-VC es un cuestionario, el cual tiene 7 componentes, en el que se evalúa: eficiencia habitual del sueño, duración total del sueño, latencia del sueño, perturbaciones del sueño, calidad del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna, la escala de Pittsburg, clasificó a los participantes en: buena calidad de sueño (0-5 errores) y mala calidad (6-21 puntos. (Ver anexos)

6. 1 RESULTADOS GENERALES

6.1.1 EDAD

Tabla 1.

Distribución de adultos mayores según edad. Trastornos del sueño, Funcionalidad familiar y Calidad de vida del adulto mayor en las parroquias Urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.

		n=60	%=100
GRUPOS DE EDAD			
	60-69 AÑOS	20	33,33
	70-79 AÑOS	12	20
	> 79 AÑOS	28	46,67

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Se evidencia que del 100% de adultos mayores que se involucraron en el estudio n=60; el 46.67% (n=28) se encontró con una edad superior a los 79 años, el 33.33% (n=20) presentó una edad comprendida entre los 60 a 69 años y el 20% (n=12) presentó una edad comprendida entre los 60 a 69 años. La media de edad fue de 77.55 años, la mediana de 79 años, con un mínimo de 65 años y un máximo de 95 años y un DS de 9,25 años.

6.1.2 SEXO

Tabla 2.

Distribución de adultos mayores según sexo. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas bellavista y hermano miguel de la ciudad de cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.

		n=60	%=100
SEXO			
	MASCULINO	39	65
	FEMENINO	21	35

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

En lo concerniente al sexo de los sujetos en estudio se encontró que del total de adultos mayores en estudio el 65% (n=39) pertenecieron al sexo masculino y el 35% (n=21) pertenecieron al sexo femenino.

6.1.3 ESCOLARIDAD

Tabla 3.

Distribución de adultos mayores según escolaridad. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas bellavista y hermano miguel de la ciudad de cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.

		n=60	%=100
ESCOLARIDAD	ANALFABETO	15	25,0
	BÁSICA COMPLETA	18	30,0
	BÁSICA INCOMPLETA	22	36,7
	SECUNDARIA	5	8,3

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

La escolaridad de los adultos mayores se distribuyó de la siguiente manera: Analfabeto el 25% (n=15), Básica completa el 30% (n=18), Básica incompleta el 36.7% (n=22) y secundaria el 8.3% (n=5), se evidencia que la mayor parte de encuestados al menos han alcanzado un nivel básico de instrucción.

6.1.4 ESTADO CIVIL

Tabla 4.

Distribución de adultos mayores según estado civil. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.

		n=60	%=100
ESTADO CIVIL	CASADO	32	53,3
	DIVORCIADA	1	1,7
	SOLTERO	8	13,3
	VIUDO	19	31,7

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Del total de adultos mayores que se estudiaron se evidenció que el 53.3% (n=32) presentaron un estado civil casado, el 31.7% (n=19) fue viudo, el 13.3% (n= 8) fue soltero y el 1.7% (n= 1) Divorciado, en el gráfico se evidencia el redondeo realizado por el paquete estadístico utilizado para la realización del gráfico.

6.1.5 FUENTE DE INGRESO ECONÓMICO

Tabla 5.

Distribución de adultos mayores según Fuente de ingreso económico. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

		n=60	%=100
FUENTE DE INGRESO ECONÓMICO	BONO SOLIDARIO	21	35,0
	INGRESO PROPIO	19	31,7
	JUBILACIÓN	14	23,3
	SIN INGRESO	6	10,0

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

El 35% (n=21) del total refirió que sus ingresos económicos provienen del cobro del Bono solidario, el 31.7% (n=19) de su ingreso propio, el 23.3% (n=14) de su jubilación y el 10% (n=6) no refirió tener fuente de ingresos económicos alguno.

6.1.6 ENFERMEDAD CRÓNICA ASOCIADA

Tabla 6.

Distribución de adultos mayores según enfermedad crónica asociada. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

		n=60	%=100
ENFERMEDAD/ES CRÓNICA ASOCIADA	CA PRÓSTATA	1	1,7
	DMT2	8	13,3
	EPOC	3	5,0
	HTA	25	41,7
	HTA + DMT2	6	10,0
	HTA + IC	2	3,3

	HTA+EPOC	1	1,7
	IC	3	5,0
	NINGUNA	10	16,7
	PARKINSON	1	1,7

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Se evidencia que del total de enfermedades crónicas la HTA es la más prevalente pues como única enfermedad se encuentra en el 41.7% (n=25) y en asociación con Diabetes Mellitus tipo 2 en el 10% (n=6), en asociación con Insuficiencia cardíaca en el 3.3% (n=2) en asociación con EPOC en el 1.7% (n=1) de la población, la DMT2 se presentó en el 13.3% (n=8) del total de adultos mayores. Las demás enfermedades registran porcentajes marginales, no presentaron ninguna patología el 16.7% (n=10).

6.1.7 ESTRUCTURA FAMILIAR

Tabla 7.

Distribución de adultos mayores según estructura familiar. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

		n=60	%=100
ESTRUCTURA FAMILIAR	EQUIVALENTE FAMILIAR	8	13,3
	FAMILIA AMPLIADA	14	23,3
	FAMILIA EXTENSA	13	21,7
	FAMILIA NUCLEAR	18	30,0
	PERSONA SIN FAMILIA	7	11,7

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

De total de adultos mayores que fueron incluidos dentro del estudio se evidenció que la tercera parte (n=18) presentó familia de tipo nuclear, el 23.3% (n= 14) presentaron familia de tipo ampliada, el 21.7% (n=13) presentó familia extensa, el 13.3% (n=8) presentó un equivalente a familia, el 11.7% (n=7) no presentó ningún tipo de familia.

6.1.8 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Tabla 8.

Distribución de adultos mayores según funcionalidad familiar. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

		n=60	%=100
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FAMILIA DISFUNCIONAL GRAVE	1	1,7
	FAMILIA DISFUNCIONAL MODERADA	26	43,3
	FAMILIA DISFUNCIONAL SEVERA	15	25,0
	FAMILIA FUNCIONAL	18	30,0

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Del total de personas adultos mayores que fueron incluidos en el estudio el 43.3% (n=26) obtuvieron puntajes en el test de apgar equivalentes a Familia disfuncional moderada, el 30% (n=18) a familia funcional, el 25% (n=15) a familia disfuncional severa y el 1.7% (n=1) a familia disfuncional grave.

6.1.9 CALIDAD DEL SUEÑO

Tabla 9.

Distribución de adultos mayores según calidad del sueño. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

		n=60	%=100
CALIDAD DEL SUEÑO	BUENA CALIDAD DEL SUEÑO	28	46,7
	MALA CALIDAD DEL SUEÑO	32	53,3

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Del total de adultos mayores a los cuales se les aplicó el test de Calidad de sueño de Pittsburgh, validación colombiana (ICSP-VC) el 53.3% (n=32) presentó puntajes equivalentes a una mala calidad del sueño, mientras que el 46.7% (n=28) presentó buena calidad del sueño.

6.1.10 USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR

Tabla 10.

Distribución de adultos mayores según uso de medicamentos para dormir. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

		n=60	%=100
USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR	NO	53	88,3
	SI	7	11,7

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Del total de personas adultos mayores en estudio se evidenció que el 88.3% (n=53) no refirió utilizar medicamentos para poder dormir, el 11.7% (n=7) si presenta el uso de medicación. Se evidencia que aunque la calidad del sueño es alta (tabla 9) el uso de medicación tiene poca proporción.

6.1.11 CALIDAD DE VIDA

Tabla 11.

Distribución de adultos mayores según calidad de vida. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

		n=60	%=100
CALIDAD VIDA	MALA CALIDAD DE VIDA	25	41,7
	BUENA CALIDAD DE VIDA	35	58,3

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Del total de personas adultos mayores que se incluyeron en el estudio el 58.3% (n=35) presentaron una calidad de vida considerada como buena mientras tanto que el 41.7% (n=25) presentaron una mala calidad de vida.

6.2 RESULTADOS INFERENCIALES

6.2.1 CALIDAD DEL SUEÑO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Tabla 12.

Asociación entre funcionalidad familiar y calidad del sueño. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

CALIDAD DEL SUEÑO		FAMILIA DISFUNCIONAL SEVERA	FAMILIA DISFUNCIONAL MODERADA	FAMILIA DISFUNCIONAL LEVE	FAMILIA FUNCIONAL	TOTAL
Buena Calidad del Sueño	Frecuencia	0	14	4	10	28
	% Calidad del Sueño	0	50	14,29	35,71	100
Mala Calidad del sueño	Frecuencia	1	12	10	8	32
	% Calidad del Sueño	3,125	37,5	31,25	25	100
Total	Frecuencia	1	26	14	18	60
	% Calidad del Sueño	1,67	43,33	23,33	30	100

* Chi cuadrado: 4.70 p=0.319; GL: 4

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Al relacionar la variable calidad del sueño con la variable funcionalidad familiar se encontró que: del 100% de adultos mayores que presentaron buena calidad del sueño (n=28) el 50% (n=14) presentaron en el test de Apgar familiar un equivalente a familia disfuncional moderada, el 35.71%(n=10) presentó familia funcional y el 14.29% (n=4) presentó familia disfuncional severa, se evidencia que en su mayoría de estas personas presenta familias disfuncionales.

Del total de personas que presentaron una mala calidad del sueño (n=32) el 37.5% (n=12) presentó familia disfuncional moderada, el 31.25% (n=10) presentó familia

disfuncional severa, el 25% (n=8) presentó familia funcional, el 1.67% (n=1) presentaron respectivamente familias disfuncionales severa y grave, al igual que las personas que poseen una buena calidad del sueño se evidencia que la disfuncionalidad familiar es más frecuente, sin embargo las personas que posee mala calidad del sueño poseen frecuencias más elevadas en cuanto a familias con más gravedad en su funcionalidad.

Al realizar el análisis de asociación entre estas 2 variables se evidencia que no se encuentra asociación entre la calidad del sueño y la funcionalidad familiar pues Chi cuadrado: 4.70 con $p=0.319$ para un 95% de confianza. Por lo tanto se destaca que el poseer una calidad de sueño buena o mala no se asocia a un determinado tipo de familia que el adulto mayor posee.

6.2.2 CALIDAD DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA

Tabla 13.

Asociación entre calidad del sueño y calidad de vida. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

CALIDAD DEL SUEÑO		MALA CALIDAD DE VIDA	BUENA CALIDAD DE VIDA	TOTAL
Mala Calidad del sueño	Frecuencia	18	14	32
	% Calidad del Sueño	56.25	43.75	100
Buena Calidad del sueño	Frecuencia	7	21	28
	% Calidad del Sueño	25	75	100
Total	Frecuencia	25	35	
	% Calidad del Sueño	41.6	58.3	100

* Chi cuadrado:6 $p=0.014$; RR: 2.25 (IC: 1.11-4.58)

Fuente: Formularios de recolección de datos

Elaborado por: Las autoras

Se evidenció que del total de adultos mayores que poseen una mala calidad del sueño (n=32) el 56.25% (n=18) presentó mala calidad de vida y el 43.75% (n=14) presentó una buena calidad de vida, se evidenció que entre las personas que poseen una mala calidad del sueño es más frecuente una mala calidad de vida.

Del total de personas adultos mayores que presentaron una buena calidad del sueño (n=28) el 75% (n=21) presentaron buena calidad de vida mientras que el 25% (n=7) presentó mala calidad de vida, se evidencia que dentro de las personas que poseen una buena calidad del sueño la calidad de vida es evidente.

Al realizar el de las asociaciones entre las 2 variables se encuentra que estas se relacionan Chi cuadrado: $\chi^2 = 6$ $p=0.014$ para un 95% de confianza, además se encontró un riesgo relativo de 2.25 (IC: 1.11-4.58). Por lo tanto la calidad del sueño se encuentra relacionada con la calidad de vida; el riesgo de tener una mala calidad de vida en presencia de una mala calidad de sueño es 2.25 veces mayor que al poseer una buena calidad del sueño, esto en el universo se expresa en un riesgo aumentado de 1.11 a 4.58 veces más riesgo de poseer una mala calidad de vida al poseer una mala calidad del sueño. Todos los resultados estadísticamente son significativos.

7. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio es obtener resultados que aporten a la investigación sobre la prevalencia del trastorno del sueño, funcionalidad familiar y como afecta con la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a la consulta externa, debido a que existen pocos estudios a nivel nacional y el insomnio se tiende a tratar como un proceso normal en el ciclo de vida.

De acuerdo con investigaciones internacionales los trastornos del sueño tienen una prevalencia alta, donde el insomnio es el más frecuente y en nuestra realidad vemos que diariamente acuden a la consulta adultos mayores que refieren malestar relacionado con el sueño, en el estudio de Ceverino 2007, se evidencia que en un universo de 325 adultos mayores el 53.3% posee mala calidad del sueño, mientras que el 46.7% posee una calidad del sueño considerada normal, lo cual nos alerta la importancia de un diagnóstico temprano y actuar de manera preventiva.

Se observan variantes de estudio en pacientes de sexo masculino y femenino, pacientes de distinto estado civil, nivel de escolaridad, ingreso económico, estructura familiar, enfermedades crónicas que padecen, funcionalidad familiar según el APGAR familiar, la presencia o no de insomnio, calidad de sueño y calidad de vida de acuerdo a su funcionalidad; ya que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta manifiestan gran incomodidad al momento del sueño, en ocasiones disfunción familiar, que pueden estar alterando su calidad de vida. En base a estos datos se plantea la hipótesis estadística, bajo la cual se desarrolla la investigación.

En esta investigación se manifiesta que la calidad del sueño no se encontró relacionada con la funcionalidad familiar, contrario a la hipótesis planteada, puesto que se esperaba comprobar la relación entre el insomnio y la funcionalidad familiar del universo de estudio, no obstante en el estudio de Ancoli, puede afirmarse que la afectación del sueño tiene consecuencias desfavorables en términos de funcionalidad familiar y la población de adultos mayores recibe agentes hipnóticos y sedativos con mayor frecuencia que la población de pacientes más jóvenes, mientras que en nuestro estudio

el 88% de adultos mayores no toma ninguna medicación y no existe significancia con la funcionalidad familiar.

También se puede observar que la calidad del sueño si se encuentra relacionada con la calidad de vida, siendo el riesgo de poseer una mala calidad de vida en relación con la mala calidad del sueño, este resultado coincidió con lo hallado en estudios planteados por Montgomery (2008) y Ancoli (1999), en una población de adultos mayores de 65 años, donde el insomnio crónico se asocia con deterioro del estado de salud, de la calidad de vida y de la necesidad de internación y de cuidados especiales.

Resultados parecidos comparamos con el estudio de Byles (2005), donde analizó la relación entre calidad del sueño y calidad de vida en poblaciones de más de 15 años y utilizó para ello el *Índice de calidad de sueño de Pittsburg* y por otro lado para evaluar la calidad de vida utilizó el *Índice de Calidad de Vida*, los resultados indicaron que los buenos dormidores tienen una mejor calidad de vida que los malos dormidores, además la calidad de vida era estimada como pobre por los malos dormidores y excelente por los dormidores normales, concluyendo que existe una alta prevalencia de alteraciones del sueño y que la calidad de sueño es un indicador bueno de la calidad de vida.

La gran mayoría de pacientes en nuestro estudio presentan según el instrumento CUBRECAVI una buena calidad de vida, lo cual nos evidencia que los pacientes tienen la posibilidad de desenvolverse en su medio y no requieren de ayuda para realizar sus actividades rutinarias, sin embargo esto no significa que no necesiten relacionarse con sus pares y con las personas de su medio, lo cual sugiere al igual que el estudio de Terán et al, sobre la *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE* donde recomiendan un enfoque educativo a la población en general y la integración al adulto mayor a distintas actividades de su medio.

Si bien los hallazgos de la presente investigación indican que el sueño es sin duda un excelente indicador del estado de salud y calidad de vida de los adultos mayores, es un desafío promover un envejecimiento sano, con medidas de promoción a través de hábitos de higiene del sueño, para prevenir la morbilidad en esta población.

8. CONCLUSIONES

Luego de procesar los datos obtenidos a través de un cuestionario, se obtienen los siguientes resultados.

1. La mayoría de adultos mayores presentaron edades mayores de 79 años, fueron del sexo masculino a diferencia de otros estudios con predominio de población femenina, completaron al menos algún año de educación básica, sin embargo 1 de cada 4 fue analfabeto, están casados, obtienen ingresos económicos de parte del gobierno a través del bono solidario, pero también un gran porcentaje posee ingresos propios y 1 de cada 10 no posee ningún ingreso.
2. La enfermedad crónica más prevalente, fue la Hipertensión Arterial como única enfermedad y/o en asociación con otras; dentro de las otras enfermedades encontramos Diabetes Mellitus tipo 2, Ca de próstata, EPOC, Insuficiencia cardiaca y Parkinson en menor proporción, además se encontró que el 16.7% del total de adultos mayores no posee enfermedad alguna, lo que corrobora con otros estudios de asociación del insomnio con enfermedades crónicas y uso de medicamentos.
3. Dentro de la variable de estructura familiar, se encontró que la mayoría posee una familia de tipo nuclear, sin embargo el 11.7% no posee familia alguna.
4. De los resultados del test de Apgar familiar, se encontró que únicamente el 30% personas adultos mayores poseen familias consideradas funcionales, el restante 70% posee familias disfuncionales en distinto nivel de gravedad.
5. La calidad del sueño valorada por la herramienta descrita anteriormente encontró que el 53.3% posee mala calidad del sueño, mientras que el 46.7% posee una calidad del sueño considerada normal.
6. El 88.3% del total de adultos mayores no utiliza medicamentos para dormir.
7. El 58.3% del total de adultos mayores tienen una buena calidad de vida, mientras que el restante 41.7% tienen una mala calidad de vida.
8. La calidad del sueño no se encontró relacionada con la funcionalidad familiar.

9. La calidad del sueño se encuentra relacionada con la calidad de vida, el riesgo de poseer una mala calidad de vida en presencia de mala calidad del sueño es de 2.25 veces más que en las personas que duermen bien.

9. RECOMENDACIONES

- Al MSP, el uso del Cuestionario de Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg, que sirve para valorar los hábitos del sueño en el último mes, ya que dentro de los protocolos del programa de atención al adulto mayor no está incluido esta valoración, además se recomienda que existan capacitaciones al personal de salud sobre esta patología muy poco reportada en el CIE 10, para que las personas adultas mayores sean captadas en la consulta médica o en la comunidad y brindarles un manejo integral de trastornos del sueño, para mejorar su calidad de vida y así aumentar la esperanza de vida activa y reducir la morbilidad funcional en la tercera edad.
- A los médicos familiares, se recomienda continuar con la atención integral, anticipar los cambios propios del ciclo vital individual y familiar, para facilitar la adaptación a estas etapas.
- A nuestros colegas recordarles, la importancia de la integración del adulto mayor a las distintas actividades del medio al que pertenecen, aprovechando su sabiduría y evitando su soledad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albala C, Lebrao M, León E, et al (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.
- Álvarez P, Pazmiño L, Villalobos A, et al. 2010. Normas y Protocolo de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Quito. Disponible en:<http://www.msp.gob.ec/index.php/Adulto-Mayor/datos-generales.html>
- Avellana J, (2004) Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional. Madrid.
- Ancoli, I 2000. [Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner](#). Sleep, pp. 23-30
- Ancoli-Israel et al. 2009 Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. J Am Geriatr Soc, pp 761–789.
- Ancoli-Israel et al 2008. [Poor sleep is associated with increased risk of falls in older women](#). Arch Intern Med pp.1768-1775.

- Baldwin C, Griffith K, Nieto J, et al 2001. The association of sleep-disordered breathing and sleep symptoms with quality of life in the Sleep Heart Health Study. *Sleep*. 24:96-105. [Medline]

- Becerra, M & González C. 2007. Insomnio en Pacientes Geriátricos. Instituto Jalisciense de Salud Mental. México pp.5-9

- Benca R. 2005. Diagnosis and Treatment of Chronic Insomnia: A Review *Psychiatr Serv* pp: 332-343.
<http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/56/3/332>

- Bootzin R & Engle M, (1999). Trastornos del sueño. En: *Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social*, Barcelona, pp. 74-86.

- Boggio M, (2009) Calidad de vida, salud mental y la familia del adulto mayor *Rev de Geriátria y Gerontología*. Colombia, pag 123-129

- Byles J, Mishra, G & Harris M. 2005 La experiencia del insomnio entre mujeres mayores. The experience of insomnia among older women. *Rev. Psiquiatría sleep*. pp. 972-979.

- Centro Nacional de Investigación de Trastornos del Sueño FDA Office of Women's Health. Page Last Updated: 04/30/2009 Disponible <http://www.fda.gov/womens>

- Ceverino, A. 2007. El Manejo del Paciente con Trastornos del Sueño. *Rev. El Médico. Neurología*. Vol 15 N° 6. Madrid. Pp 58-61

- Dávila, F 2006. Perfil Epidemiológico en el Adulto Mayor Ecuatoriano. Quito.
- Díaz O, Soler M, & García M, (1998) El Apgar Familiar en Ancianos Convivientes, Rev Cubana Med Gen Integral, pp. 48-53
- Durán M. & Torrado V, (1993). Terapia de conducta en el insomnio de ancianos. Revista Española de Geriátría y Gerontología, pp.18-23.
- Echávarri, C & Erro, M 2007. Trastornos del sueño en el anciano y en las demencias Sleep disorders in the elderly and in dementia, An. Sist. Sanit. Navar, Vol. 30, Suplemento. pp 155-161.
- Foley et al. 1995 Sleep complaints among elderly people: an epidemiologic study of three communities, pp. 425-432.
- Friedemann ML, Mouch J, & Racey T. 2008. The framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing. Rev. Journal of Advanced Nursing. Vol 39. Nº 4. NY pp 325-332.
- Fuentes B, López R & Riera A. 2006. Protocolo diagnóstico y terapéutico del insomnio en el anciano. Madrid. Medicine, descargado en www.doyma.es
- Guzmán A, Cura I, Petra F, et al. 2009. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Madrid; pp 112-115
- Herdmana, M, Badia, X & Berra S 2001. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Pp. 425- 567 Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 28/01/2011.

- Herrera, A. (2007). Vejez y Envejecimiento Enfoque Integral del Paciente Geriátrico, Geriatra e Intensivista-Clínica Los Condes, U. De Chile. Disponible en:http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2007/medicina/Psiquiatria_Vejez_y_Envejecimiento.pdf
- Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 2002.Conf.197/4. Naciones Unidas. New York. www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm
- Jerez J, Silva J, Herrera, P et al. 2008. Guía Clínica Insomnio en el adulto mayor. Ministerio Salud Pública. MINSAL. Santiago de Chile.
- Kñallevsky G. 2006. Inadecuada relación riesgo-beneficio de los hipnóticos en ancianos con insomnio. BMJ. Evid. act. pract. ambul. 9(2):40. Buenos Aires.
- Levi, L & Anderson, L.1998. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. El Manual Moderno. 1a ed. México pp 133-136.
- Mc Curry, S, Logsdon R, Teri L, et al. 2007 Evidence-Based Psychological Treatments for Insomnia in Older Adults. Washington. Rev. Psychology and Aging, Vol 22. No 1, pp 18-27.
- Montgomery, P. Dennis, J. 2008. Intervenciones cognitivo-conductuales para los trastornos del sueño en adultos mayores de 60 años de edad. revisión Cochrane, Número2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
- Montgomery, P et al 2005. “Ejercicios físicos para problemas del sueño en adultos mayores de 60 años de edad” (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, Número 4.

- Pando, M, Aranda, C, Aguilar, M et at. 2001. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, pp 63-69.

- Peláez, M; Palloni, A. & Ferrer M. 2000. “Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe”. CEPAL-SERIE Seminarios y Conferencias No. 2, Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, División de Población-CELADE. Santiago, Chile. (pp 171 a 194). Disponible en: <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/taller6.htm>

- Pérez M. J, (1993). El insomnio en el anciano. Consejos para dormir mejor. Revista Española de Geriátría y Gerontología, pp. 305-310.

- Vera M, (2007) Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, pp. 284 – 290

- Restrepo A, Cardona, D & Agudelo H. 2003 Aspectos Subjetivos del Envejecimiento: redes de apoyo social y autonomía de la población adulta mayor de Medellín. Rev. Investigativa Vol. 21, N. 2. pp 80-91. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/03>.

- Reyes, H et at. 2010 Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio. Rev. El Residente. Vol. 5 N. 3 pp. 130-138

- Rivera S. 2006 Trastorno del sueño. Manejo de los hipnóticos “Manejo del insomnio“, Departamento de medicina familiar de la Pontificia Universidad

Católica de Chile, Artículo 64. Disponible en:
<http://www.uc.cl/medicina/medicinafamiliar/html/articulos/064.html>

- Rueda S. 2001. Calidad de vida y vejez. Dirección URL:
<www.ciape.org.br/artigos/calidaddevidayvejez>. Funcionalidad Familiar.

- Shaw JW, Johnson JA, Coons SJ 2005. US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model. Med Care; 43(3):203-220.

- Schubert, C.2002. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. Pp. 48-52.

- Soriano, M. 2010. Tratamiento basado en la evidencia para el insomnio. BMJ 2005 Nov 19;331(7526):1169
<http://www.psicoevidencias.es/Resumenes/Resumenes/insomnio-tratamientos-basados-en-la-evidencia.html>

- Stepnowsky C, Johnson S, & Ancoli, I. 2000. Sleep apnea and health-related quality of life in African-American elderly. Ann Behav Med, pp 16-20.[[Medline](#)]

- Tello T, Varela L, Ortiz P, et al. 2009 Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, Lima, Perú, Rev. Acta

Médica Peruana, Vol 26, N. 1 pp. 22-26. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=96611366006>

- Trujillo C, (2010) Análisis sobre la aplicación de los Principios Filosóficos de la Acupuntura en el Tratamiento del Insomnio. Medicina Tradicional China. Bogotá, D. C

- Veitía T, Cuesta D & Días C. 1999. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la Atención Primaria de Salud. Ciudad de la Habana; Facultad de Salud Pública, Cuba. MINSAP. P 165

- Velandia A. 1994. Investigación en salud y calidad de vida. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; pp. 300

- , Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp.

- Vera, M 2007. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. Vol. 68, N° 003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, pp. 284 – 288.

- Villacís, B 2008. Indicadores básicos de salud, Ministerio de Salud Pública Ecuador, Quito.

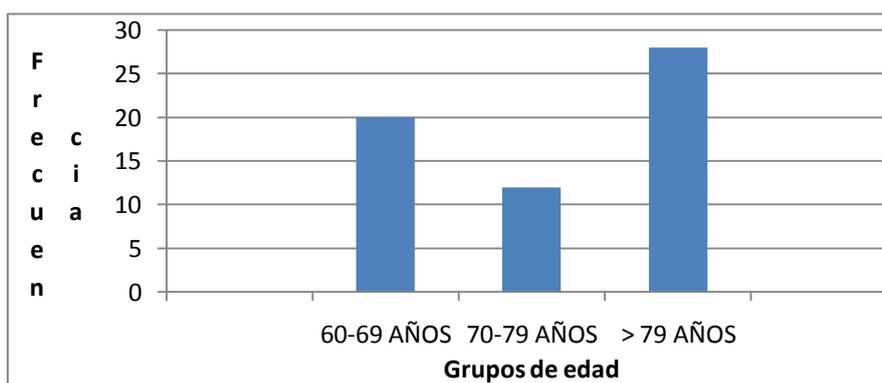
- Zabala R, Refugio M, Guerra R. et al. 2009. Funcionalidad Familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Colombia. Rev. Aquichan Vol 9, N° 3, pp. 257-270.

11. ANEXOS

11.1 Anexo A. Tablas

Gráfico 1.

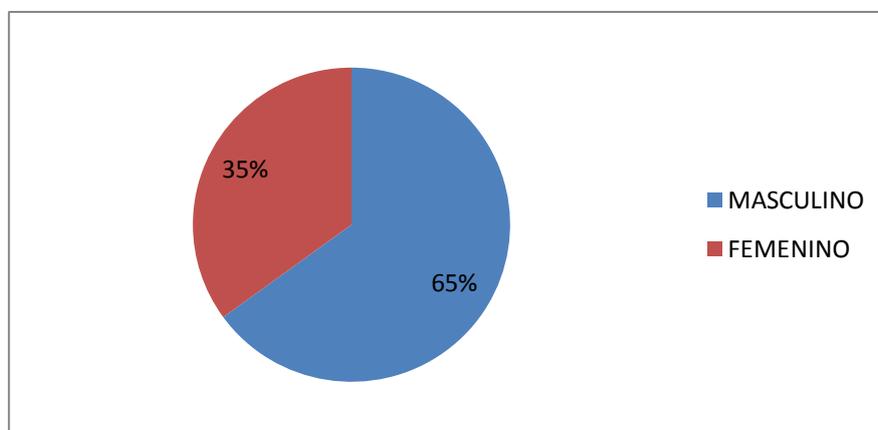
Distribución de adultos mayores según edad. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas bellavista y hermano miguel de la ciudad de cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.



Fuente: Datos de tabla 1
Elaborado por: Las autoras.

Gráfico 2.

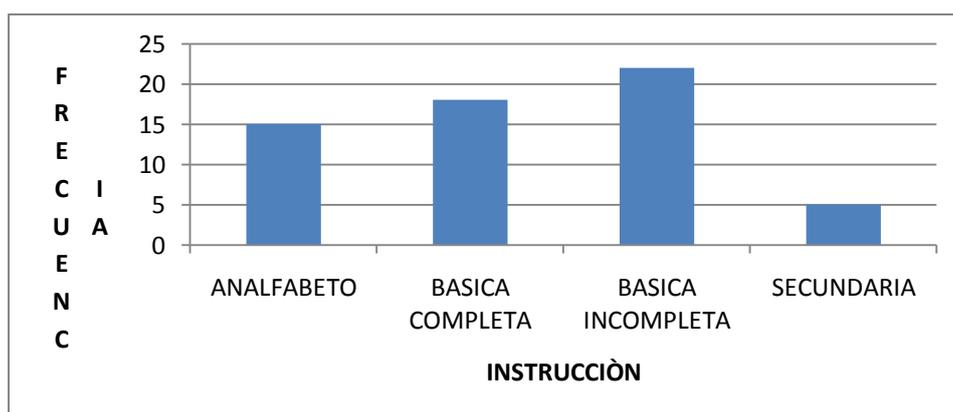
Distribución de adultos mayores según sexo. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas bellavista y hermano miguel de la ciudad de cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.



Fuente: Datos de tabla 2
Elaborado por: Las autoras

Gráfico 3.

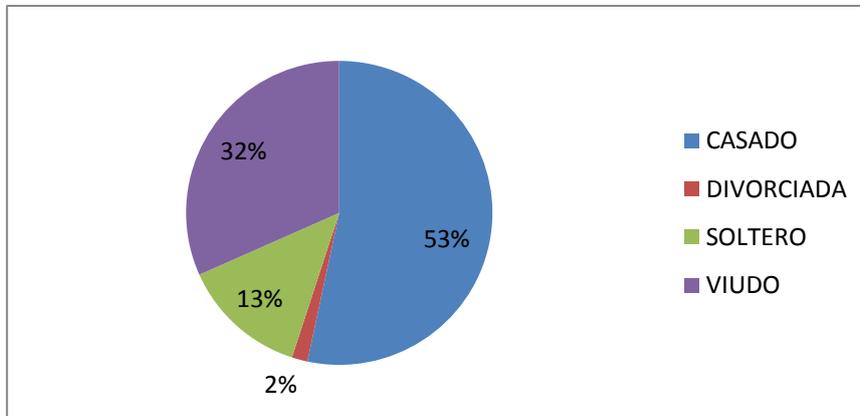
Distribución de adultos mayores según escolaridad. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas bellavista y hermano miguel de la ciudad de cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.



Fuente: Datos de tabla 3
Elaborado por: Las autoras

Gráfico 4.

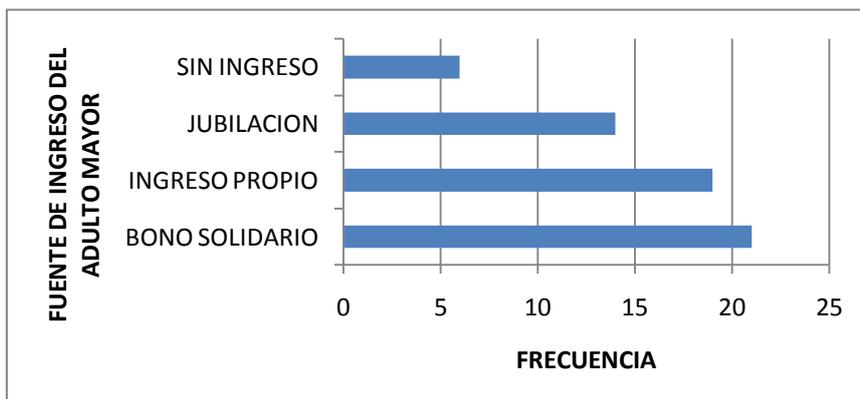
Distribución de adultos mayores según estado civil. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca durante el periodo de agosto 2010 a enero 2011.



Fuente: Datos de tabla 4
Elaborado por: Las autoras

Gráfico 5.

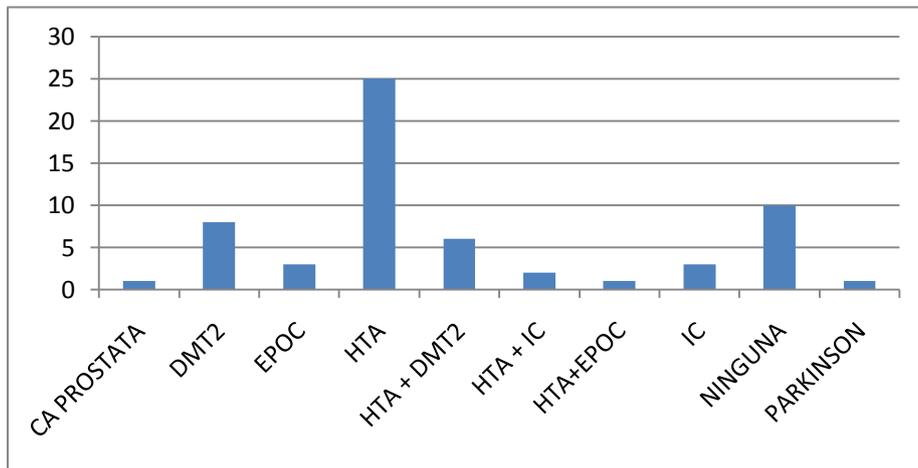
Distribución de adultos mayores según Fuente de ingreso económico. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.



Fuente: Datos de tabla 5
Elaborado por: Las autoras

Gráfico 6.

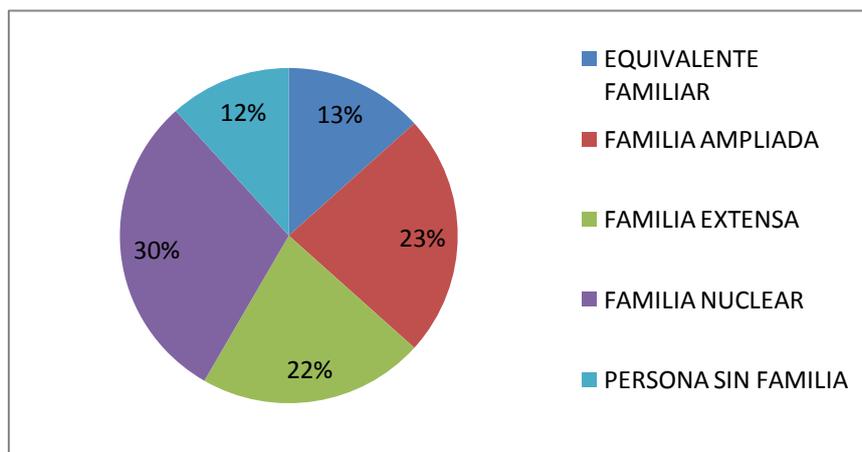
Distribución de adultos mayores según enfermedad crónica asociada. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.



Fuente: Datos de tabla 6
Elaborado por: Las autoras

Gráfico 7.

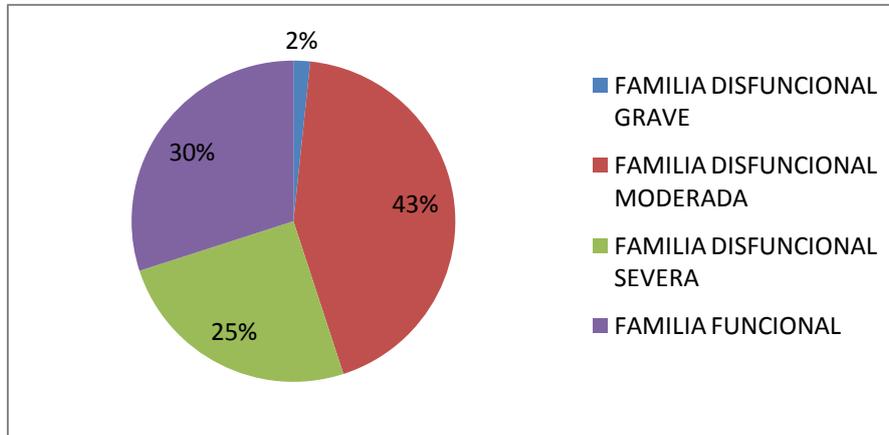
Distribución de adultos mayores según estructura familiar. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.



Fuente: Datos de tabla 7
Elaborado por: Las autoras

Gráfico 8.

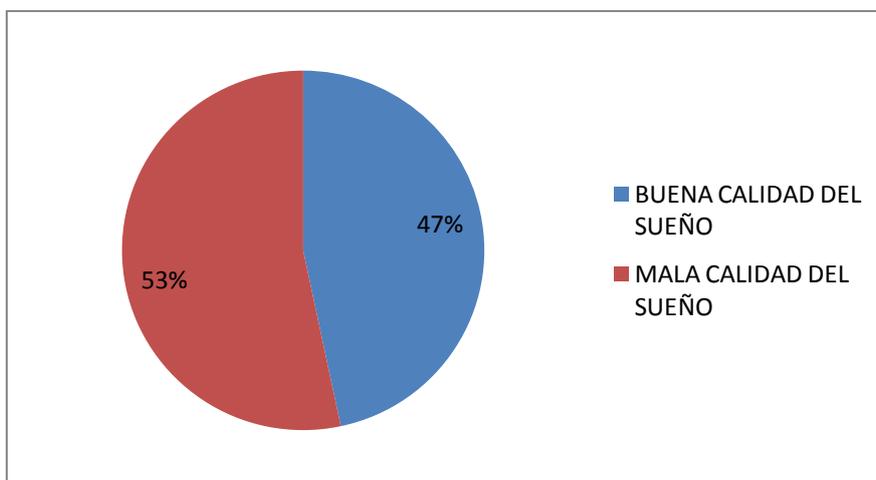
Distribución de adultos mayores según funcionalidad familiar. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.



Fuente: Datos de tabla 8
Elaborado por: Las autoras

Grafico 9.

Distribución de adultos mayores según calidad del sueño. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.

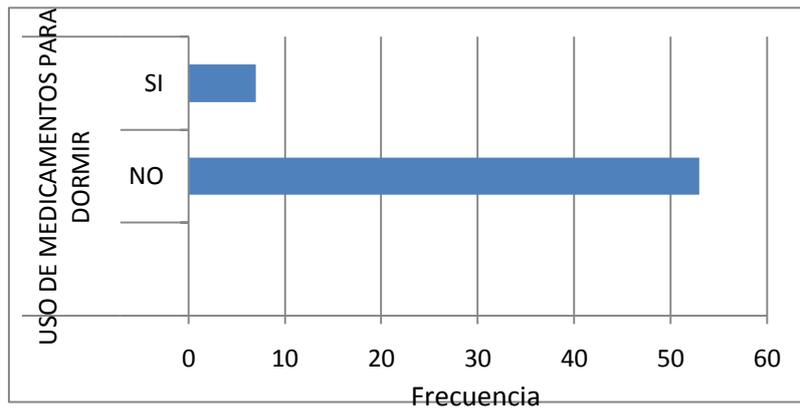


Fuente: Datos de tabla 9

Elaborado por: Las autoras

Grafico 10.

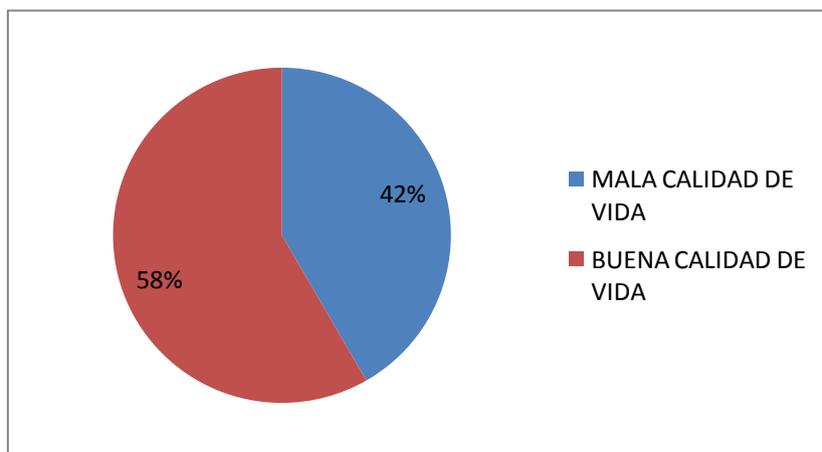
Distribución de adultos mayores según uso de medicamentos para dormir. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.



Fuente: Datos de tabla 10
Elaborado por: Las autoras

Grafico 11.

Distribución de adultos mayores según calidad de vida. Trastornos del sueño, funcionalidad familiar y calidad de vida del adulto mayor en las parroquias urbanas Bellavista y Hermano Miguel de la Ciudad de Cuenca.



Fuente: Datos de tabla 11
Elaborado por: Las autoras

11.2 Anexo B. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el momento de nacimiento hasta la fecha actual	Tiempo en años	Años cumplidos hasta la fecha de toma de datos.	60-69 70-79 80 y más.
Sexo	Determinación de un sujeto de acuerdo a sus características genéticas y anatómicas	Masculino: varón con caracteres sexuales masculinos Femenino: mujer con caracteres sexuales femeninos	Caracteres sexuales	Masculino Femenino
Escolaridad	Cantidad de cursos que se han aprobado en un establecimiento educacional.	Analfabeto Básica incompleta Básica completa Secundaria	Información referida por la historia clínica	Analfabeto Básica incompleta Básica completa Secundaria
Estado civil	Condición que tiene el individuo ante la sociedad y si tiene vida en pareja o no.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de hechos	Información referida por la historia clínica	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de hechos
Ingreso mensual	Dinero mensual recibido sin importar origen.	Sin ingreso Ingreso propio Bono Solidario Jubilación	Información referida por la historia clínica según exploración física	
Patologías crónicas asociadas	Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de adultos mayores en estudio.	Hipertensión arterial Diabetes mellitus 2 Enfermedad coronaria Insuficiencia cardiaca Enfermedad pulmonar crónica	Información referida por la historia clínica.	Hipertensión arterial Diabetes mellitus 2 Enfermedad coronaria Insuficiencia cardiaca Enfermedad pulmonar crónica
Medicamentos	Sustancias presentados para expendio y uso industrial o clínico, con el fin de prevenir, aliviar o mejorar enfermedades.	AINES Analgésicos Antidiabéticos Antihipertensivos Anticoagulantes Psicofármacos Antibióticos	Información referida por la historia clínica	Si No

Tipo de familia de origen	Estructura familiar a la cual pertenece el adulto mayor.	FAMILIA EXTENSA: Adulto mayor que vive con diversos familiares (hijos, nietos, hermanos. etc.) FAMILIA NUCLEAR: Adulto mayor que vivía con su cónyuge. PERSONAS SIN FAMILIA: Adulto mayor que vive solo. FAMILIA AMPLIADA: Persona que convive con la familia con o sin lazos de consanguinidad.	Información referida por la historia clínica mediante anamnesis.	FAMILIA EXTENSA FAMILIA NUCLEAR PERSONAS SIN FAMILIA FAMILIA AMPLIADA
Funcionalidad Familiar	Mayor o menor posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad para resolver problemas dentro del hogar en la interrelación familiar.	Familia Funcional. Familia con Disfunción Moderada. Familia Disfuncional.	Test Apgar Familiar	7-10 puntos 4-6 puntos 0-3 puntos
Calidad de sueño de Pittsburgh, validación colombiana (ICSP-VC)	Calidad del sueño: . Una buena noche de sueño continuo y reparador.	Eficiencia habitual del sueño. Duración total del sueño. Latencia del sueño. Perturbaciones del sueño. Calidad del sueño. Uso de medicación para dormir. Disfunción diurna.	Buena calidad de sueño Mala calidad del sueño	0-5 errores. 6-21 puntos.
Calidad de Vida	Atributo a los seres humanos, donde aparece el primer y fundamental problema de conceptualización	Movilidad. Cuidado Personal. Actividades Cotidianas. Dolor-ansiedad. Ansiedad-depresión.	Buena calidad de vida Mala calidad del vida	Si No

Realizado por: Las autoras

11.3 Anexo C

Higiene del sueño: Recomendaciones útiles

- Acostarse siempre a la misma hora.
- Limitar la permanencia en cama a un máximo de ocho horas.
- Mantenga la habitación en las mejores condiciones posibles (cama confortable, pijama adecuado, temperatura idónea).
- Mantener la habitación a oscuras y sin ruidos.
- Separar la hora de acostarse de la de la cena y evitar cenas copiosas.
- Un vaso de leche o un trozo de queso antes de acostarse puede ser beneficioso (ya que el triptófano que contiene es un aminoácido inductor del sueño).
- Si precisa levantarse muchas veces por la noche para orinar, restrinja los líquidos antes de acostarse.
- Evitar sustancias estimulantes, como alcohol, tabaco, café, etc.
- Evitar también estímulos mentales: preocupaciones, discusiones sobre problemas familiares, económicos, etc.
- No utilizar el dormitorio como cuarto de trabajo ni de televisión.
- Evitar las siestas durante el día.
- Realice ejercicio físico durante el día, pero no antes de acostarse.
- Evite la utilización de hipnóticos sin una prescripción médica.
- Si no concilia el sueño en 30 minutos, levántese y entreténgase con una actividad tranquila.

11.4 Anexo D

Cuadro de Fármacos para Manejo de Trastornos del Sueño en el Anciano

	Nombre comercial	Dosis anciano
BZD de acción larga		
Flurazepan	Dormodor; cps 30 mg	15 mg
Diazepan	Diazepan EFG, cp (2, 2,5, 5 y 10 mg) Valium, cp (5 y 10 mg)	5 mg
Clorazepato	Tranxilium, caps. (5, 10 y 15 mg)	5 mg
BZD de acción intermedia		
Lorazepam	Lorazepam EFG; cp 1mg Orfidal, cp 1mg Idalpren, cp (1 y 5 mg) Placinoral, cp 1mg Sedizepan, cp 1mg	0,5-1 mg
Ketazolam	Marcen, caps. (15, 30 y 45 mg) Sedotime, caps. (15, 30 y 45 mg)	15 mg
Temazepam		15 mg
BZD de acción corta		
Triazolam	Halción, cp 0,125 mg	0,125 mg
Alprazolam	Alprazolam EFG, cp (0,25, 0,5, 1 y 2 mg) Trankimazin, cp (0,25, 0,5, 1 y 2 mg)	0,25 mg
Midazolam	Dormicum, cp 7,5 mg	7,5 mg
Hipnóticos no benzodiazepínicos		
Zopiclona	Datolan, cp 7,5 mg Limovan, cp 7,5 mg; Siaten, cp 7,5 mg	7,5 mg
Zolpidem	Zolpidem EFG, cp (5 y 10 mg) Dalparam, cp 10 mg Stilnox, cp 10 mg	5-10 mg
Zaleplon	Sonata, caps. 10 mg	5 mg
Clometiazol	Distraneurine, caps. 192 mg	192-384 mg

11.5 Anexo E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he sido informado por la Dra. Catalina Clavijo G y la Dra. Fernanda Martínez I, estudiantes del postgrado de Medicina Familiar de la Universidad del Azuay, de todo lo que comprenderá, los cuestionarios que se me realizarán, y me entrega la seguridad de que cuanto yo exponga quedará en el anonimato.

Por consiguiente, mi identidad será mantenida en confidencialidad y me otorga el derecho a no contestar las preguntas que yo estime conveniente.

FIRMAS

.....

INVESTIGADORAS

.....

PACIENTE

11.6 Anexo F

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR, TRASTORNO DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

Apellidos.....**Nombres**.....

Edad.....

Sexo: Masculino.....años Femenino.....años

Escolaridad: Analfabeto..... Básica Incompleta.....Básica Completa....Secundaria.....

Estado Civil: Soltero....Casado....ViudoDivorciado....Unión de Hechos....

Ingreso Económico: Sin ingreso...Ingreso Propio....Bono Solidario.....Jubilación....

Patologías Crónicas Asociadas: Hipertensión arterial Diabetes mellitus 2.....

Insuficiencia cardíacaEnfermedad pulmonar crónica.....

Tipo de Familia: Familia Extensa: Adulto mayor que vive con diversos familiares (hijos, nietos, hermanos. etc.)

.....

Familia Nuclear: Adulto mayor que vivía con su cónyuge.

Familia Ampliada: Persona que convive con la familia con o sin lazos de consanguinidad.

Personas sin familia: Adulto mayor que vive solo.

Cuestionario del APGAR Familiar

FUNCIÓN		Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca
APOYO	¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia, cuando tengo algún problema o necesidad?			
PARTICIPACIÓN	Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos la solución de los problemas?			
CRECIMIENTO	Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes			

	o actividades?			
AFECTO	Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor o rabia?			
RECREACIÓN	Me satisface cómo compartimos en mi familia? :a) el tiempo para estar juntos. b) los espacios de la casa c) el dinero.			

CUESTIONARIO EUROQOL 5D PARA CALIDAD DE VIDA

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

PSQI^{206,207}: Pittsburgh Sleep Quality Index. Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh

INSTRUCCIONES: Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus **hábitos de sueño sólo durante el último mes**. Tus respuestas deben **reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes**. Por favor contesta a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?

HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?

NUMERO DE MINUTOS PARA CONCILIAR EL SUEÑO: _____

3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado)

HORAS DE SUEÑO POR NOCHE: _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación. Por favor contesta todas las preguntas de detrás de la página.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de....?

(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(c) tener que ir al baño:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(d) no poder respirar adecuadamente:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(e) tos o ronquidos:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(f) sensación de frío:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(g) sensación de calor:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(h) pesadillas

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante 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 |
|--|---|--|---|

(i) sentir dolor

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(j) otra causa(s), describir: _____

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

- No me ha ocurrido durante 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 calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

- Muy buena
 Bastante buena
 Bastante mala
 Muy mala

7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

- No me ha ocurrido durante 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, ¿con que frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

- No me ha ocurrido durante 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, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

- No ha resultado problemático en absoluto
 Sólo ligeramente problemático
 Moderadamente problemático
 Muy problemático

10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?

- No tengo pareja ni compañero/a de habitación
 Si tengo pero duerme en otra habitación
 Si tengo, pero duerme en la misma habitación y distinta cama
 Si tengo y duerme en la misma cama

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

(a) ronquido fuertes

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

- No me ha ocurrido durante el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana

