



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS
EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE
JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

AUTORES: BAYRON ENRIQUE CABRERA QUEZADA

ANA CRISTINA JIMBO JIMBO

TAMARA CRISTINA MATUTE SÁNCHEZ

DIRECTOR Y ASESOR: DR. JULIO ALFREDO JARAMILLO OYERVIDE

Cuenca – Ecuador

2014

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados a los trastornos del sueño en el adulto mayor del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social, Cuenca 2014.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue probabilística aleatorizada de 434 adultos mayores, la cual fue obtenida de un universo de 1042 adultos mayores. Para el cálculo se utilizó el 52,6 % de frecuencia esperada, se adicionó el 10% de posibles pérdidas (43 adultos mayores), siendo la muestra total de 434 adultos mayores.

Resultados: Se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 65,4% son de edad entre 60 a 74 años, el 69,6% son mujeres, el 36,9% han alcanzado la educación secundaria completa, el 42,2% conviven con sus esposos/as, el 52,8% han trabajado menos de 35 años antes de jubilarse. La prevalencia de sonambulismo es de 1.6%, el 25.1% de terror nocturno, el 30.2% tienen pesadillas, el 49.3% presentan apnea del sueño, el 61.1% roncan, el 59.4% presentan paramnesias.

Conclusiones: El insomnio es la patología más frecuente, afecta a los adultos mayores de 60 a 74 años con mayor prevalencia, siendo el sexo femenino el grupo más afectado, existiendo gran asociación con las variables: tiempo que trabajó, persona con quien vive, instrucción, etc.

PALABRAS CLAVE: TRASTORNOS DEL SUEÑO; INSOMNIA; ADULTO MAYOR; DISOMNIAS; PAROSMIA.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of the sleep upsetting and associated elements to the older people into the Retired Coordination Program of the Social Security

Materials and Methods: A quantitative study of descriptive type of transversal cut will be realized. The sample will be aleatory probabilistic of 432 which one was obtained with a universe of 1042. For the calculation was used the 52.6% expected frequency, were added 10% of possible losses (43 older adults), which means that the total sample was of 475 retired (n=475 older adults), belonging the Retired Coordination Program of the Social Security

Results: 434 older people have been studied, among them we found 65,4% between 60 to 74 years old, the 69% of the group are women, the 36,9% of the older people has finished the high school. The people who are married and live together are 42,2%, the 52,8% of the people has worked for 35 years before their retiring, the prevalence of sleepwalking is 1,6%. The trouble of scare nocturnal on the people is 25,1%, the 30,2% of them has nightmares, the 49,3% of the people shows apneas of sleep, the 61,1% of them snores and finally the 59,4% has paramnesia.

Conclusions: The sleepiness is the most frequent pathology which affects with prevalence to the 60-74 older people. The group of females is the most affected; since it is associated with the variables like: the time of the work, the group people who live with, the studies, etc.

KEYWORDS: SLEEP DISORDERS; INSOMNIA; ELDERLY; DYSSOMNIAS; PAROSMIA.

**INDICE**

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	18
1.1 Introducción.....	18
1.2 Planteamiento del problema.....	21
1.3 Justificación.....	29
CAPITULO II.....	31
2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	31
2.1. Adulto Mayor.	31
2.2. Envejecimiento.....	31
2.3. Sueño	32
2.3.1 Fisiología del ritmo circadiano del sueño.....	33
2.3.1.1 Mecanismo del oscilador endógeno.....	33
2.3.1.2 Mecanismo de sincronización exógeno	33
2.3.2 Conexiones principales del Núcleo Supraquiasmático (NSQ).....	34
2.4 Función del sueño	35
2.5 El sueño en relación con la edad.....	36
2.6 Trastornos del sueño	37
2.6.1 Factores de riesgo socio-demográficos.....	37
2.6.1.1 Sexo.....	37
2.6.1.2 Estado civil.....	37
2.6.1.3 Edad.....	38
2.7 Clasificación y diagnóstico de los trastornos del sueño según el Manual DSMIV-tr	39
2.7.1 Disomnias	39
2.7.1.1 Insomnio primario.....	39
2.7.1.2. Hipersomnias primarias	40
2.7.1.3. Narcolepsia.....	40
2.7.1.4. Trastornos del sueño relacionado con la respiración.....	41
2.7.1.5. Trastornos del ritmo circadiano.....	42
2.7.2 Parasomnias	43



2.7.2.1 Pesadillas.....	43
2.7.2.2 Terrores nocturnos.....	44
2.7.2.3 Sonambulismo	44
2.7.3 Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental.....	45
2.7.3.1 Insomnio relacionado con otro trastorno mental	45
2.7.3.2 Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental.....	46
2.7.4 Trastornos del sueño debido a enfermedad médica.....	46
2.7.5 Trastornos del sueño inducido por el consumo de sustancias	47
2.8 Hipótesis.....	48
CAPITULO III.....	49
3. OBJETIVOS	49
3.1 Objetivo General.....	49
3.2 Objetivos Específicos.....	49
CAPITULO IV.....	50
4. DISEÑO METODOLÓGICO	50
4.1 Diseño general del estudio.....	50
4.1.1 Tipo de estudio	50
4.1.2 Área de estudio.....	50
4.1.3 Universo de estudio	50
4.1.4 Selección y tamaño de la muestra.....	50
4.1.5 Unidad de análisis y observación.....	51
4.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	51
4.2.1 Criterios de inclusión	51
4.2.2 Criterios de exclusión	51
4.3 Métodos e instrumentos	51
4.3.1 Métodos de procesamiento de la información.....	51
4.3.2 Técnica.....	52
4.3.3 Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos utilizados.	52
4.3.3.1 Tablas	52
4.3.3.2 Medidas Estadísticas	52
4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....	53
4.5 Operalización de variables (ANEXO 4)	53



CAPITULO V.....	54
5. RESULTADOS	54
5.1 Cumplimiento del estudio	54
5.2 Características de la población de estudio.....	54
5.3 Análisis de los resultados.....	55
CAPITULO VI.....	92
6. DISCUSIÓN.....	92
CAPITULO VII.....	97
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	97
7.1 Conclusiones.....	97
7.2 Recomendaciones.....	99
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
ANEXOS	107



Yo, Bayron Enrique Cabrera Quezada, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Julio del 2014

Bayron Enrique Cabrera Quezada

C.I: 0104539275



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Ana Cristina Jimbo Jimbo, autora de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2014

Ana Cristina Jimbo Jimbo

C.I: 0105173710



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Tamara Cristina Matute Sánchez, autora de la tesis “PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2014

Tamara Cristina Matute Sánchez

C.I: 0105881312

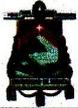


Yo, Bayron Enrique Cabrera Quezada, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Julio del 2014

Bayron Enrique Cabrera Quezada

C.I: 0104539275



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo Ana Cristina Jimbo Jimbo, autora de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2014

Ana Cristina Jimbo Jimbo

C.I: 0105173710



Yo Tamara Cristina Matute Sánchez, autora de la tesis “PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2014

Tamara Cristina Matute Sánchez

C.I: 0105881312



DEDICATORIA

Deseo dedicar este trabajo a mis padres que siempre han luchado junto a mí y que me han enseñado lo valioso que es no darse por vencido por largo y duro que sea el camino, además a mis amigos y profesores que día a día me han dado un aprendizaje nuevo para ser lo que hoy soy.

Bayron Cabrera.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y hermanos, por el cariño, apoyo y comprensión recibido durante todos estos años de formación académica, por enseñarme que con fe y constancia se pueden lograr cualquier meta propuesta. Para ustedes con todo mi cariño.

Cristina Jimbo.



DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, por la paciencia y todo lo que me han enseñado, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis padres

Tamara Matute.

AGRADECIMIENTO

El finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dedicación, y el cumplirse todas las expectativas planteadas, nos muestra inmediatamente que la magnitud de este aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para que esta investigación llegue a un feliz término, por lo que trataremos en este espacio de dar un agradecimiento sincero a todas ellas.

Primero queremos agradecerle a Dios quien nos ha permitido llegar hasta este momento de nuestras carreras; a nuestros padres, hermanos, demás familia y amigos quienes nos han demostrado su afecto y brindado su apoyo en todo momento para que esto se cumpliera y lográramos culminar con éxito una de las tantas metas planteadas para nuestras vidas.

Nuestro más sincero agradecimiento a nuestro director de tesis Dr. Julio Jaramillo Oyervide por su apoyo constante, orientación y tiempo brindado durante la realización de este proyecto.

Expresamos nuestro agradecimiento a la Dra. Martha Ugalde, a los adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de Cuenca, que nos dieron apertura para la recolección de la información necesaria para la realización de esta investigación. Por toda la colaboración y buena



disposición brindada pues sin esto no hubiese sido posible realizar nuestro proyecto.

Para finalizar nuestro más sincera gratitud para quienes día a día participaron en nuestra formación, nuestros maestros, grandes profesionales y amigos sin sus conocimientos, consejos, apoyo y tiempo brindado no hubiésemos logrado llegar hasta aquí.

Los autores

CAPITULO I

1.1 Introducción

En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), sin embargo los adultos mayores no acostumbran a ser sujetos de estudio para la salud mental pública, a pesar del rápido crecimiento de esta población debido al incremento de la esperanza de vida que en nuestro país será de 75 años en el 2010 a 80.5 años en el 2050 ⁽¹⁾.

La vejez es una etapa de la vida y hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. ⁽²⁾, pero es importante considerar a más de aquellas, las percepciones y definiciones que la sociedad y los mismos ancianos y sus familiares tienen sobre la vejez, ya que para algunos puede constituirse en una etapa feliz y satisfactoria, mientras que para otros puede representar una época de sufrimiento, enfermedad y padecimientos.

El envejecer se caracteriza por un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas, lo que hace evidente que las personas de la tercera edad requieran de mayor atención médica que las personas de corta edad porque son más vulnerables a padecer ciertas enfermedades.

Los trastornos del sueño son entidades que se relacionan con el envejecimiento por el empeoramiento de la calidad del sueño durante esta etapa, por el adelanto que existe en la fase circadiana del sueño, como por las dificultades en el mantenimiento ininterrumpido de éste. Las altas prevalencias de estas patologías en la tercera edad pueden estar asociadas a varios factores que con frecuencia se encuentran interaccionando, entre ellos, ha sido mencionada la mayor frecuencia de trastornos afectivos, como la depresión, y de trastornos mentales orgánicos, como la demencia, que se asocian a dificultad para dormir.

El presente trabajo buscó determinar la frecuencia de los diferentes trastornos del sueño en el adulto mayor y sus factores asociados; el primer capítulo abarca la revisión de diversos estudios realizados en otros países acerca del tema, lo que nos muestra y permite indicar la importancia de nuestra investigación, debido a la ausencia de datos estadísticos de estos trastornos tanto a nivel de Cuenca como en Ecuador.

En el segundo capítulo, se incluyen las bases teóricas de nuestro estudio, donde indicamos los conceptos del adulto mayor, el proceso fisiológico del envejecimiento, así como la clasificación de los diferentes trastornos del sueño según el manual DMS-IV tr, y los factores asociados que pueden contribuir a la aparición de los mismos, haciendo énfasis en mostrar la fisiopatología del sueño y sus diferentes modificaciones con la edad, lo que permite entender porque los ancianos son afectados por dichos trastornos con mayor frecuencia que el resto de la población; con estos datos finalmente se estableció una hipótesis.

En el capítulo tercero se encuentran los objetivos que nos planteamos alcanzar al inicio de la investigación; el capítulo cuarto expone la metodología y el diseño general del estudio, los criterios de inclusión y exclusión, los métodos e instrumentos para obtener la información, los procedimientos para garantizar los procesos éticos y la presentación de variables. Los resultados obtenidos en este estudio y su respectivo análisis están expuestos detalladamente en el capítulo quinto.

En el capítulo sexto se encuentra la discusión de nuestros resultados comparándolos con los obtenidos en diversos estudios realizados en otras partes del mundo.

Las conclusiones de nuestro trabajo y las recomendaciones para una posterior intervención se detallan en el capítulo séptimo. Las fuentes bibliográficas que respaldan esta investigación se exponen en el capítulo octavo.



La información obtenida está a disposición de la Facultad de Ciencias Médicas, el Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social y cuyos beneficiarios directos de este trabajo son sus participantes. De forma indirecta se benefician las diferentes instituciones o casas de acogida destinadas al cuidado del adulto mayor quienes tienen a disposición información actualizada sobre el tema.

1.2 Planteamiento del problema

Los seres humanos presentan un ritmo circadiano (cercano a 24 horas) en el ciclo sueño-vigilia. Algunos individuos tienen un desacople entre el patrón de sueño y el horario socialmente aceptable para dormir, cuando esto produce un malestar clínicamente significativo se denomina “Trastorno del Ritmo Circadiano del Sueño”. (3)

Según la OPS se considera que el número total de horas de trabajo, actividad académica y lúdica ha aumentado de un 12% desde 1969 al 2000, por lo tanto, no es de extrañar que los expertos aseguren que actualmente la población activa duerme 7 a 8 horas en contra de 8 a 9 horas hace 50 años y que se duerme, una media de 1,5 horas menos que a principios del siglo XX. Esto refuerza la idea de que nuestra sociedad actual, padece de un estado de insuficiencia crónica de sueño nocturno, lo cual está también directamente relacionado con una alteración de la calidad de vida y la percepción general del estado de salud (4). A medida que envejecemos, lograr un buen sueño resulta indispensable para que el organismo pueda cumplir adecuadamente sus funciones, sin embargo esta etapa se constituye en una de mayor vulnerabilidad para el desarrollo de las enfermedades, y los trastornos del sueño no son una excepción, y si los patrones del mismo se ven alterados, los ancianos se sienten cansados con sus respectivas consecuencias.

En un estudio realizado por RODRÍGUEZ, Tello y col. en Lima-Perú, con una población de 73 adultos mayores y según la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburg, se determinó que el 74% de los participantes (54 personas) presentaba una mala calidad de sueño y un 26% (19 personas) no tenían problemas del sueño. Del grupo con mala calidad del sueño, el 63% (34 personas) eran mujeres, el 43,8% (32 personas) tenían de 60-69 años, el grupo de 70 a 79 años representaba el 35,6% (26 personas) y el grupo > 80 años representaba el 21,1% (4 personas) del grupo con mala calidad de sueño (5).

En el estudio realizado por FLORES María Elena, en Guadalajara-México, el 42.3% de adultos mayores señalaron tener alteración en su salud como consecuencia de disturbios en el sueño y en un 31.2% señalaron esta alteración con problemas sociales. (6)

PANDO Manuel y col. en su investigación realizada con adultos mayores que viven en domicilios particulares de la Ciudad de Guadalajara-México, se evidenció que el 58% de los hombres y el 76% de las mujeres presentaron al menos un síntoma de trastornos del sueño, según el “Cuestionario General de Salud de Goldberg”; el 8,5% registró positivo en el total de los reactivos. Conforme a los criterios del DSM IV, un 33,3% podría ser considerado “caso” de trastorno del sueño. Estos posibles casos estarían asociados al género, al grado de estudio y con la presencia de depresión, pero no con el estado civil ni la edad. (7)

R. Fritsch Montero y col. en Santiago de Chile, evaluaron a 3.867 personas representativas de la población adulta (52,3% mujeres y 47,7% hombres) obteniendo que la prevalencia de trastornos del sueño fue de 26,3% y se detectaron como factores socio-demográficos de riesgo estadísticamente significativos, al género femenino, desempleado buscando empleo, trastorno mental común, consumo de alcohol y de drogas en el último mes, entre otros. (8) En la “Guía terapéutica para la Atención Primaria de la Salud” de la Habana-Cuba del 2010, se menciona que la prevalencia del insomnio se incrementa con la edad y es más frecuente en mujeres; se estima que entre 31-38% ocurre en personas de 18 y 64 años, y 45% entre 65 y 74 años. (9)

Foley y colaboradores utilizaron la información obtenida en el estudio de tres años de duración realizado por el Instituto Nacional del Envejecimiento, para determinar la frecuencia de los trastornos del sueño en 9.000 personas de 65 años de edad o mayores. Se obtuvo que el 23% al 34% de los participantes presentaron síntomas de insomnio, y que entre el 7% y 15% de estos pacientes raramente tenían un sueño reparador. El insomnio estaba asociado a un incremento del número de afecciones osteoarticulares, síntomas respiratorios,

depresión, uso de medicación no controlada y una percepción subjetiva de mala salud. Los autores concluyeron que el trastorno del sueño estaba fundamentalmente vinculado a afecciones crónicas y que era independiente del proceso de envejecimiento. En un estudio más reciente, realizaron el seguimiento de 6.800 ancianos durante tres años para determinar la incidencia y el grado de remisión del insomnio. Durante la primera entrevista pudo establecerse que 4.956 personas consideraban que su sueño era adecuado. Por otro lado, cerca del 27% de los entrevistados presentó síntomas de insomnio y que se asociaban a una enfermedad cardiovascular, la secuela de un accidente vascular encefálico, una fractura de cadera, a la diabetes, un síndrome depresivo o síntomas respiratorios. (10)

VARELA, Luis y col. realizaron un estudio en un centro de atención primaria en Lima-Perú, y se encontró que el 33% tenía algún problema para dormir y sólo el 16 % consultó al médico por dicha razón. Además se obtuvo que los adultos mayores suelen tomar más tiempo para conciliar el sueño y tienen despertares nocturnos más frecuentes. Más del 50% de los adultos mayores informó de al menos una queja crónica de sueño y el problema más frecuente era la incapacidad para conciliar el sueño. La prevalencia de mala calidad del sueño es de 63,8 % y estos problemas en la población geriátrica se relacionan tanto al envejecimiento como a las comorbilidades asociadas. Entre un 50% a 90% de pacientes con dolor crónico reportan mala calidad de sueño. El insomnio fue la queja de sueño más común entre los adultos mayores, y su prevalencia en este grupo etario fue estimada entre el 20% y el 40%, con una incidencia anual en aproximadamente 5%. (11)

CRUZ, Ernesto y col. en Pinar del Río-Cuba, observaron que la edad es un factor determinante en el sueño y que los adultos mayores son una población muy afectada por trastornos de la cantidad y la calidad de sueño. Fueron objetivos de esta investigación determinar la prevalencia de trastornos del sueño en 116 adultos mayores en régimen ambulatorio, pertenecientes a dos consultorios médicos del Policlínico Hermanos Cruz, así como la asociación de estos trastornos a algunos factores. Los ancianos fueron encuestados sobre si

tenían o no trastornos del sueño, sus tipos, la ingesta de café y horario de la misma, y se evaluó su estado psicológico según la escala de depresión geriátrica. Los resultados muestran que un 52,6 % de los ancianos tienen trastornos del sueño, de ellos, el sexo femenino fue el más afectado, triplicando el riesgo de padecerlo; además se comprobó una asociación significativa de los trastornos de sueño con el estado psicológico. El tipo más frecuente de trastorno de sueño resultó ser el insomnio y entre ellos el mixto, concluyendo que alrededor de la mitad de la población anciana en régimen ambulatorio padece de trastornos de sueño muy en relación a trastornos psico-afectivos y al sexo de los pacientes. ⁽¹²⁾

La investigación realizada por DÍAZ, Ricardo en Manizales-Colombia en el año 2008, encuestó a 530 personas con edades entre 18 y 93 años. En el grupo de 45-60 años la frecuencia de insomnio fue de 35% similar a la prevalencia general de la población, sin diferencia estadísticamente significativa, en tanto que en los mayores de 60 años este porcentaje aumentó 35 puntos con respecto al grupo anterior. ⁽¹³⁾

ROMAN, Gladys observó que de las personas mayores de 65 años que participaron en su estudio, el 43,3% corresponde al sexo femenino y el 56,7% al masculino. El grupo etario más numeroso es el comprendido entre los 65 y 69 años de edad con un 33,5%, siendo el promedio de edad de 73,8 años. La edad mínima fue de 65 años y la máxima de 97 años. ⁽¹⁴⁾

Rafael Patrocinio Alarcón, en la “REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA”, describe un estudio de la National Sleep Foundation (USA, 2003), donde se correlacionaron síntomas de insomnio vs. diagnóstico vs. tratamiento en ancianos de 75-84 años, hallando la presencia de más de un síntoma en el 50% de los casos, de los cuáles el 3-4% tenían un diagnóstico de insomnio y solamente el 2% tenía un tratamiento, indicando que el 50% de los mayores de 50 años se queja de dificultad para dormir, siendo el insomnio el problema más frecuente. El 42% de los mayores

de 65 años se queja de dificultad para quedarse dormido y para mantenerse dormido. El 28% solo reporta dificultad para dormirse. (15)

En un estudio realizado por MARTÍNEZ CAMILO, Rodolfo publicado en el 2010 en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, se describe que se entrevistaron a 119 pacientes que acudieron a la consulta por trastornos del sueño como parte de la sintomatología relacionada con el climaterio, viéndose en los resultados que el mantener el sueño y el despertar por sofocos fueron las principales alteraciones del sueño para un 19,3% y 17,6% respectivamente, y que estaba asociado a la ingestión de café, que fue la principal sustancia ingerida antes de acostarse (51,2 %). (16)

La investigación epidemiológica comunitaria transversal realizada por BLANCO, Javier, KARAKAN y col. en el 2005 con una muestra de 1645 individuos mayores de 60 años, detecta que más de un tercio de los sujetos refieren tener problemas de sueño, incrementándose ello en el sexo femenino y en los grupos de más edad. El tipo de problema más frecuente es la dificultad para dormir (55,2%), si bien en los sujetos mayores de 40 años los principales problemas son permanecer dormido y el despertar precoz. (17)

THORNBY, encontró que el 33% de los encuestados refiere alguna dificultad en dormirse, el 48% tiene problemas en la continuidad del sueño y el 22% despertar precoz, con una prevalencia del 31.8%, con predominio en el sexo femenino y en los sujetos de mayor edad. El autor propone la influencia del sistema endocrino como causante de la elevada prevalencia en la mujer, ya que durante la menopausia las cifras se ven aumentadas, lo cual podría deberse a modificaciones en la respiración, cambios vasomotores y alteraciones del estado de ánimo. (17)

LÓPEZ, J. en su estudio de tipo observacional transversal, realizado en una muestra representativa de 926 adultos mayores de 65 años, muestra que la prevalencia de insomnio primario fue del 8,9%, la de insomnio relacionado con otro trastorno mental del 9,3% y la de insomnio debido a una enfermedad

médica del 7,0%. En los pacientes con insomnio que consumían hipnóticos/sedantes se observó una puntuación menor en la autovaloración del estado de salud significativamente inferior ($p < 0,05$) a la de los sujetos con insomnio no consumidores. El valor medio del estado de salud en los individuos sin insomnio fue de 0,87, y en cualquier tipo de insomnio fue significativamente inferior ($p < 0,05$): 0,80 en insomnio primario, 0,73 en insomnio relacionado con otro trastorno mental y 0,76 en insomnio debido a enfermedad médica. ⁽¹⁸⁾

LÓPEZ DE CASTRO, Francisco realizó un estudio en Barcelona-España con una población de 94 adultos mayores, con una edad media $60,3 \pm 14,3$ años y siendo el 79,8% mujeres. El 73,4% presentaba eficiencia del sueño, el 69,1% refería dormir mal y el 76,8% dice levantarse cansado. Estos hechos interfieren en la actividad diaria del 70,6%, al 63,2% le ocasiona distracciones y al 39,7% somnolencia diurna. El 58,1% sufre insomnio de conciliación, 25,8% de mantenimiento, 8,6% despertar precoz. ⁽¹⁹⁾

En un estudio realizado en Albacete (Castilla-La Mancha) en el período 2004–2005 por BOIX, Clotilde y col., se encontró que en adultos mayores de 65 años los problemas para dormir representan el 34,2% y que en el 95,7% la alteración era crónica. La repercusión más frecuente fue la sensación de descanso nocturno insuficiente (62,1%) y cansancio o somnolencia diurna (52,2%). El 20,3% (IC del 95%, 16,5–24,1) cumplía criterios de IP. El insomnio fue mayor en las mujeres, en los que tenían horarios irregulares e insatisfacción con las condiciones ambientales del dormitorio, y el 26,9% (IC del 95%, 22,7–31,1) consumía de forma habitual psicofármacos. Las quejas más frecuentes manifestadas fueron no sentirse lleno de vida y energía (56,9%), tener dificultad para dormir de un jalón toda la noche (32,9%), sentirse cansado al despertar (29,7%), y pasar noches inquietas o intranquilas (29,7%).

El 58,3% de los sujetos estudiados fueron mujeres y la media de edad de 74,8 a 76,7 años; el 25,5% fueron captados en la ciudad de Albacete y el 74,5% en las otras 25 zonas básicas de salud de la provincia. Según el estado civil, la mayoría eran casados (64,6%) o viudos (28,8%) y declararon vivir solo el 17,5%.

Según la forma de presentación del trastorno del sueño, 93 pacientes (64,1%) presentaban dificultad para conciliar el sueño, 104 (71,7%) tardaban más de media hora en dormirse y 126 (86,9%) se despertaban una o más veces durante la noche, y 128(88,3%) manifestaron despertar precoz 2 h antes de lo habitual. Entre los que manifestaron cansancio o somnolencia diurna, el consumo de psicofármacos era muy superior (el 60% frente al 18,9% en sujetos sin este síntoma; $p=0,001$). De los 424 adultos mayores de 65 años estudiados, el 20,3% (86 casos) (IC del 95%, 16,5–24,1) cumplía criterios de insomnio primario (DSM-IV) en el momento de la entrevista y la proporción de mayores de 65 años con insomnio, según la clasificación DSM-IV, fue significativamente mayor en las mujeres (el 27,2 frente al 11,4% de los varones; $p=0,05$). No se encontró relación estadísticamente significativa entre el insomnio y la edad, el estado civil o la clase social.

La presencia de insomnio primario fue significativamente superior en los que manifestaron acostarse y levantarse a distintas horas (el 39,1% frente al 16,9% de los que tenían hábitos regulares; $p=0,05$), en los que dormían con exceso de calor o frío en el dormitorio (el 42,9% frente al 19,3% de los que manifestaron dormir en un ambiente térmico adecuado; $p=0,009$) y en los que calificaron su cama como incomoda (el 46,4% frente al 18,7% del resto; $p=0,05$). En cuanto a las actividades que realizaban antes de acostarse, el 80,9% (343 casos) veía la televisión y el resto realizaba diferentes actividades, como labores domésticas (4,7%), leer (3,1%), escuchar música o radio (2,4%), etc.

Respecto al consumo de psicofármacos, de los 424 entrevistados, 26,9% (114 casos) (IC del 95%, 22,7–31,1) los consumían de forma habitual, siendo los más comunes los ansiolíticos como lorazepam (el 8,7% de todos los sujetos), bromazepam (3,1%) y alprazolam (3,1%); en segundo lugar estaban los fármacos antidepresivos: sertralina (2,1%), paroxetina (1,9%) y citalopram (1,9%), los mismos que habían sido prescritos en el 54,4% por el médico de familia, en el 31,1% por el psiquiatra y en el resto por otros profesionales. En cuanto a otro tipo de medicación, los fármacos más consumidos fueron los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (32,1%),

anticoagulantes e inhibidores de la agregación plaquetaria (20,7%), e hipolipemiantes (20%). Las personas con insomnio primario (DSM-IV) consumían un número medio mayor de medicamentos que aquellos que dormían bien (372,3 frente a 2,372; $p=0,004$).

Los problemas de salud declarados más frecuentemente fueron hipertensión arterial (47,2%), artrosis (14,1%), hipercolesterolemia (12%) y diabetes mellitus (6,8%); entre ellos solo la diabetes apareció con una frecuencia significativamente mayor en personas con insomnio primario (el 24,4% frente al 14,7% en personas sin dicho trastorno; $p=0,05$). ⁽²⁰⁾

DIAZ, Ricardo, en su investigación realizada en Caldas-Colombia, determinó que el insomnio es uno de los trastornos del sueño más frecuente encontrándose un total de 369 (2004) y 372 (2008) personas con esta queja. Se clasificó como insomnio de conciliación, de mantenimiento o mixto, si combinaba los dos primeros. El 31% ($n= 115$) presentaba insomnio agudo y 69% ($n= 257$) insomnio crónico, lo cual arroja una prevalencia de insomnio crónico en 32.6% de la población. ⁽²¹⁾

Al tener en cuenta la edad se encontró un incremento progresivo de las frecuencias de insomnio a medida que ésta aumentaba, siendo de 22% en menores de 15 años, se dobla en los grupos de 15 hasta 60 años y se triplica en los mayores de 60 años. El 15% de los sujetos utilizó medicamentos para dormir, siendo el más común la amitriptilina (25%), seguido de benzodiazepinas (7%) y neurolépticos (4%), mientras que el grupo restante recurrió a diversas sustancias y preparaciones. ⁽²¹⁾

1.3 Justificación.

En las Guías de Atención Primaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se resalta que un sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable.

El sueño es un fenómeno importante del comportamiento que proporciona restablecimiento físico y emocional, ahorro de energía y consolidación de los recuerdos almacenados durante la vigilia. No es una situación pasiva, sino un estado activo donde tienen lugar cambios de las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos. Los trastornos del sueño constituyen una entidad clínica de gran impacto sanitario y socioeconómico. (22)

Las diferentes alteraciones del sueño, ya sea por exceso o déficit del mismo, dan cuenta de importantes cambios psicológicos como, irritabilidad, ansiedad, impaciencia y depresión; por otro lado dentro de los aspectos cognitivos, se ha relacionado con enlentecimiento en el tiempo de reacción, dificultades de memoria, menor capacidad de adaptación a situaciones nuevas y déficit de atención y concentración en tareas concretas. (22)

Desde 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea el concepto de la salud, como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad⁽²³⁾, llevó a plantear la importancia de la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones, entendidos todos éstos como calidad de vida, por lo que se vio la necesidad de empezar a explorar dos variables importantes dentro de este concepto. La primera de ellas se refiere a la percepción del paciente que padece enfermedades crónicas, y la segunda a aquellas personas en las cuales la adquisición de una enfermedad o su presencia sintomática deterioran su calidad de vida; la alteración del sueño se



convierte en otro factor, que junto con el estado perceptual, es importante al momento de entrar a describir o a indagar por la calidad de vida.

La razón de la realización de este proyecto de investigación se basa en la identificación de factores que determinen trastornos del sueño en el adulto mayor, además de su prevalencia, pues nos permite elaborar e implementar estrategias para mejorar hábitos saludables que colaboren a que esta población mejore su calidad de sueño y por ende su calidad de vida, para que puedan desenvolverse de mejor manera dentro de la sociedad a la que pertenecen.

Además este proyecto de investigación se constituye en una información útil y disponible para las instituciones o casas de acogida de los adultos mayores, para que entendiendo la problemática de los trastornos del sueño puedan establecer estrategias que ayuden a los adultos mayores a lograr una mejor calidad de vida.

La importancia académica se refleja en que este proyecto se constituye en un requisito previo a la obtención de nuestro título como Médicos, y también por el hecho de que en nuestra práctica profesional los adultos mayores serán parte de nuestra consulta, y al conocer cuáles son las patologías y trastornos que más los aquejan, en particular a lo que a trastornos del sueño se refiere, nos facilitará un abordaje integral para resolver sus problemas y brindarles mejores oportunidades.

CAPITULO II

2. Fundamento Teórico

2.1. Adulto Mayor.

Según la Organización Mundial de la Salud, las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará indistintamente persona de la tercera edad. ⁽²⁴⁾

2.2. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico que se caracteriza, por una disminución de las funciones que hacen más susceptible al ser humano de padecer enfermedades y morir a consecuencia de ellas. Durante esta etapa el organismo va perdiendo la habilidad para responder ante el estrés y mantener la regulación homeostática y metabólica, teniendo como consecuencia la disminución de las capacidades cognitivas y de sobrevivencia, donde ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales, normales e inherentes a todo individuo⁽²⁵⁾, traduciéndose en una imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga de cualquier tipo ⁽²⁶⁾, sin embargo a pesar de tratarse de un proceso natural, no todas las personas envejecen de la misma forma, ya que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, está directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, adolescencia y edad adulta ⁽²⁷⁾; los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo, la accesibilidad a la educación y la promoción de la salud a lo largo de la vida. Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

En la tercera edad se presentan con elevada frecuencia un sinnúmero de enfermedades que claramente afectan la calidad de vida del adulto mayor, y estos cambios en la salud pueden provocar consecuencias a nivel psicológico y social. Aunque la vejez puede ser una época de realización y consolidación de habilidades y conocimientos, a veces los recursos emocionales con los que

cuentan los ancianos, disminuyen por crisis o tensiones acumuladas a las que tienen que afrontarse, siendo éste hecho en muchas circunstancias, el detonador de los problemas de la salud física y mental. (27)

Dentro de las patologías que comúnmente afectan a los adultos mayores están las dificultades en la movilidad, las enfermedades orgánicas como hipertensión arterial, diabetes, cáncer y enfermedades cardiovasculares, cuadros de depresión y dificultades al momento de dormir, particularmente insomnio, situaciones que se ven interrelacionadas y agravadas unas por otras.

2.3. Sueño

El sueño se define como un proceso vital cíclico complejo y activo, compuesto por varias fases y que posee una estructura interna característica, con interrelaciones con diversos sistemas hormonales y nerviosos. (28)

El sueño normal se divide en dos etapas: sueño REM (*Rapid-eye-movement*) o de movimientos oculares rápidos y sueño no-REM, los cuales se diferencian fundamentalmente por sus rasgos electroencefalográficos y una serie de características fisiológicas. (29)

El sueño REM se caracteriza por la presencia de ondas de bajo voltaje y alta frecuencia en el electroencefalograma, atonía muscular y movimientos oculares rápidos, además es donde se presentan la mayoría de los sueños. El sueño no-REM se compone de cuatro fases, 1 y 2, que son de sueño ligero, y 3 y 4 de sueño profundo, las mismas que transcurren de manera secuencial desde la primera hasta la cuarta fase, que es la fase reparadora del sueño, aquella que produce en la persona la sensación de haber descansado cuando se levanta. Las características de las fases del sueño no-REM incluyen cuatro etapas, la primera que corresponde a la transición de la vigilia al sueño; la etapa 2 es la intermedia (mayor porcentaje del tiempo de sueño) y en el EEG aparecen husos de sueño y los complejos K. La etapa 3 es la del sueño relativamente profundo, representado en el electroencefalograma por ondas lentas de gran

amplitud, y la etapa 4o de sueño profundo con más del 50% de ondas lentas de gran amplitud.⁽²⁹⁾

2.3.1 Fisiología del ritmo circadiano del sueño

Todos los organismos vivos tienen su propio ritmo de actividad y reposo. Muy a menudo estos ritmos se desencadenan por los ciclos naturales, tales como la sucesión del día y de la noche, el llamado ciclo luz - oscuridad. El sustrato neurológico que explica la ritmicidad del sueño se encuentra en el hipotálamo, particularmente en el núcleo supraquiasmático (NSQ), estructura que tiene múltiples conexiones dentro del Sistema Nervioso Central, que le permiten ejercer una función sincronizadora del organismo. Presenta 2 mecanismos:

2.3.1.1 Mecanismo del oscilador endógeno

En la zona dorsomedial del núcleo supraquiasmático existen neuronas que se activan e inhiben en forma cíclica. El mecanismo que explica este fenómeno dependería de un grupo de genes llamados CLOCK, que codifican la síntesis de unas proteínas (TIM y PER), que se acumulan en forma progresiva en el citoplasma y que al alcanzar una cierta concentración, cambian sus propiedades y migran al núcleo celular, proceso que tarda alrededor de 12 horas.

Una vez en el núcleo, estas proteínas se unen al ARN en sitios específicos, actuando como inhibidores de la transcripción de los mismos genes CLOCK, lo que reduciría gradualmente la concentración en el citoplasma de TIM y PER. Finalmente perderían su afinidad por el segmento de ARN, lo que permitiría reiniciar el ciclo. Es importante notar que el ciclo completo tarda ligeramente más de 24 horas, por lo que requiere constante resincronización con claves ambientales para no desacoplarse del horario cronológico.

2.3.1.2 Mecanismo de sincronización exógeno

El hipotálamo recibe aferencias desde la retina, que funciona como transductor de la luz solar, transformándola en señales neuroquímicas mediante células fotosensibles del ganglion, que poseen el pigmento melanopsina (sensible al

espectro azul de luz). El impulso se transmite a través del nervio óptico, que se conecta por el tracto retino-hipotalámico al núcleo supraquiasmático; al recibir el estímulo, las células de este núcleo expresan ciertas proteínas de membrana en forma transitoria. Esto afecta el umbral eléctrico de activación neuronal, favoreciendo una máxima frecuencia de descarga al mediodía, con un nadir a la medianoche. Esta modulación de la actividad neuronal cíclica y fotodependiente sería la base anatómica de la sincronía entre ritmos circadianos y la luz solar. (30)

2.3.2 Conexiones principales del Núcleo Supraquiasmático (NSQ)

- Eferencias estimulantes hacia el Sistema Reticular Activador (SRA), que mediaría la ritmicidad circadiana del ciclo sueño-vigilia.
- Eferencias hacia otros núcleos hipotalámicos, que daría ritmicidad a variables como la temperatura y el tono simpático.
- Eferencias inhibitorias hacia el Núcleo Paraventricular hipotalámico, que a su vez se conecta mediante proyecciones noradrenérgicas con la glándula pineal (interfase neuroendocrina).

La fotoestimulación diurna activa el Núcleo Supraquiasmático, que mantiene continuamente inhibido al Núcleo Paraventricular. En oscuridad, éste último se “desbloquea”, liberando noradrenalina en la glándula pineal, lo que activa receptores b-adrenérgicos iniciando una cascada intracelular dependiente de AMPc, que activa la enzima serotonina-N-acetiltransferasa. Este proceso culmina con un incremento de la síntesis de melatonina durante la noche, a expensas de la utilización de la serotonina en la glándula pineal, con la situación opuesta durante el día.

De esta forma, el nivel plasmático de melatonina es un indicador de hipoactividad del núcleo supraquiasmático y un marcador de la fase circadiana nocturna. La melatonina se libera al torrente sanguíneo y actúa sobre receptores M1 y M2 en diversos órganos, lo que permite transmitir ritmicidad a

estructuras que se encuentran fuera de la barrera hematoencefálica. Adicionalmente, la melatonina actúa en forma selectiva sobre autoreceptores en la retina y el núcleo supraquiasmático, dando regulación adicional. En resumen, durante el día hay activación del núcleo supraquiasmático, bajo nivel de melatonina, temperatura alta, y psicomotricidad facilitada; durante la noche hay inhibición del núcleo supraquiasmático, alta liberación de melatonina, temperatura baja, sistema reticular activador inhibido y psicomotricidad disminuida. (30)

2.4 Función del sueño

La ciencia y la experiencia han demostrado que el dormir es una actividad absolutamente necesaria para el ser humano ya que durante el sueño tienen lugar cambios en las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico de los individuos, ya que tanto el cuerpo y la mente se regeneran durante las distintas fases del sueño, creando así las condiciones de salud para las actividades del día siguiente. La falta y la privación del sueño repercuten en nuestra capacidad de concentración y en nuestra creatividad (31).

A pesar de lo anterior, no existe una respuesta clara que explique el porqué dormimos, pero sí varias hipótesis que señalan las funciones fisiológicas que el sueño favorece y que se modifican o suprimen tras su privación como son la conservación de la energía, la termorregulación cerebral, detoxificación cerebral, restauración tisular, memoria y aprendizaje, adaptación y supervivencia y regulación de la motivación (32).

Se cree que las funciones de recuperación psíquica se realizan durante el sueño REM, mientras que las funciones de recuperación metabólica, es más propia del sueño lento. Vale recalcar la importancia que dichas funciones tienen, puesto que son coexistentes, complementarias y esenciales para una correcta adaptación y homeostasis de la especie humana.

2.5 El sueño en relación con la edad

La edad conlleva importantes cambios en las características del sueño. Un recién nacido duerme unas 16 horas por día, pero la cantidad total de sueño disminuye considerablemente hasta los 20 años de edad. Entre los 20 y los 65 años de edad, el sueño disminuye más lentamente. La proporción de sueño paradójico disminuye notoriamente desde el nacimiento hasta los 20 años, pasando del 50 al 20% ⁽³³⁾.

El promedio normal de sueño en un adulto joven es de 7.5 horas diarias, mientras que en el anciano disminuye aún más y lo normal no es más de 5-6 horas diarias ⁽³⁴⁾. Parece que el incremento de la edad disminuye la capacidad para mantener el sueño, ya que cuesta más dormir sin interrupciones y disminuye la capacidad para mantener la vigilia, es decir, cuesta más permanecer despierto.

El ciclo vigilia-sueño del adulto mayor se caracteriza por una disminución del tiempo total de sueño nocturno; existe una reducción de la duración del sueño profundo, que corresponde a las fases 3 y 4 del sueño no-REM; disminuye la eficiencia del sueño, que se define como el tiempo real de sueño en relación con el tiempo total que transcurre desde que la persona se acuesta hasta que se levanta; aumenta la frecuencia de despertares nocturnos, y hay estudios que muestran que personas mayores de 60 años se despiertan brevemente en un aproximado de 160 veces por noche, en comparación con los jóvenes adultos, que se levantan brevemente más o menos 5 veces por noche ⁽³⁵⁾; la latencia del sueño también es mayor, por lo que tardan más en quedarse dormidos; se quejan más de insomnio y tienden a dormir con más frecuencia durante el día.

Ohayon publicó un meta-análisis, con base en una serie de estudios descriptivos, acerca de los parámetros del sueño durante la vida del ser humano, en el que encontró que la mayoría de los cambios en el patrón de sueño de los adultos mayores están presentes desde la edad media de la vida

y persisten en edades avanzadas. De acuerdo con este metaanálisis, el tiempo total de sueño comienza a disminuir entre los 18 y los 40 años y no presenta mayores cambios después de los 70; y lo único que sigue disminuyendo de manera significativa después de los 70 años es la eficiencia del sueño ⁽³⁶⁾.

También debemos tener en cuenta que a medida que transcurren los años se duerme menos tiempo, por ejemplo un bebé duerme gran parte del día, cuando va creciendo el sueño se va ajustando a determinados horarios. Los adolescentes pueden pasar muchas horas despiertos y luego compensarlo durmiendo 10 o 12 horas juntas, los adultos generalmente no duermen por lapsos tan prolongados sino un promedio de entre 6 y 8 horas y los adultos mayores suelen dormir aproximadamente 6 horas o menos por noche ⁽³⁷⁾. El comportamiento del sueño cambia con el paso del tiempo, y es común que en la vejez el sueño se vuelva superficial y fragmentado, por lo que se duerme durante algunas horas en el día y otras en la noche, sumando en total de unas ocho a diez horas. ⁽³⁸⁾

2.6 Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son una serie de alteraciones relacionadas con el proceso de dormir ⁽³⁹⁾. Estos trastornos son una causa de consulta muy frecuente en la práctica médica y pueden interferir de forma importante en las actividades cotidianas, con afectación de la calidad de vida y otras consecuencias graves.

2.6.1 Factores de riesgo socio-demográficos

2.6.1.1 Sexo

Estudios epidemiológicos coinciden que el sexo femenino se constituye en riesgo para padecer trastornos del sueño.

2.6.1.2 Estado civil

Se ha visto que en las personas que se encuentran divorciados, separadas o viudas, la frecuencia de trastornos del sueño es mayor.

2.6.1.3 Edad

Las últimas décadas de la vida son consideradas un factor de riesgo para padecer algún tipo de trastorno del sueño. Éstos últimos son entidades clínicas que pueden afectar a cualquier grupo etario, siendo frecuentes sobre todo en la niñez, adolescencia y particularmente en la senectud, etapa en la que debido al envejecimiento, los patrones del sueño sufren cambios significativos que conducen al deterioro de la organización circadiana. El tiempo total de sueño cambia poco, pero el sueño se interrumpe y se distribuye más ampliamente a lo largo del día, sin embargo dormir mal y despertarse cansado no forma parte del envejecimiento normal.

Las alteraciones del dormir que presentan los gerontes obedecen a múltiples factores; mientras que algunos cambios son inherentes a la senectud normal, otros corresponden a un incremento de procesos patológicos asociados a la edad, y en este grupo de individuos, a más de los factores de riesgo antes mencionados, se suman los cambios en la actividad social, el retiro laboral, la muerte del cónyuge o amigos cercanos, el incremento del uso de fármacos y enfermedades concurrentes, que también contribuyen a alterar el sueño normal en los ancianos ⁽⁴⁰⁾, de tal forma que, y como se ha demostrado en estudios, al menos el 50% de las personas mayores de 65 años refieren tener problemas habituales con el sueño; incluso hay autores que afirman que el 100% de la población presenta insomnio cada noche a los 95 años de edad ⁽⁴¹⁾.

TABLA # 1**Causas más frecuentes de trastornos del sueño en los ancianos**

Cambios en el estilo de vida	<ul style="list-style-type: none">- Jubilación.- Cambios de residencia.
Enfermedades médicas	<ul style="list-style-type: none">- Insuficiencia cardíaca.- Enfermedad pulmonar.- Colon irritable y Enfermedad por Reflujo Gastro-Esofágico (ERGE).- Nicturia por Sd. prostático.- Dolor crónico por artropatía, neuropatía, cáncer.
Fármacos	<ul style="list-style-type: none">- Diuréticos.- Antidepresivos (Fluoxetina).- Corticoesteroides.- Ranitidina.- Propanolol.- Anfetaminas- Agonistas dopaminérgicos.- Tiroxina.
Enfermedades psiquiátricas	<ul style="list-style-type: none">- Depresión.- Ansiedad.- Psicosis.

Fuente: Santamaría, J. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. Clin. (Barc) 2003; 120(19):750-5.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

2.7 Clasificación y diagnóstico de los trastornos del sueño según el Manual DSMIV-tr

2.7.1 DISOMNIAS

2.7.1.1 Insomnio primario ⁽⁴²⁾

- a) El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- b) La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.

- d) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- e) La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

2.7.1.2. Hipersomnia primaria ⁽⁴²⁾

- a) El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva como mínimo durante 1 mes (o menos si se trata de la forma recurrente), tal y como ponen de evidencia episodios prolongados de sueño nocturno o episodios de sueño diurno que tienen lugar casi cada día.
- b) La somnolencia excesiva provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La somnolencia excesiva no puede explicarse mejor por la presencia de un insomnio y no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano o parasomnia) y no puede atribuirse a una cantidad inadecuada de sueño.
- d) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental.
- e) La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si es recidivante, cuando hay períodos de somnolencia excesiva que duran como mínimo 3 días y tienen lugar varias veces al año durante al menos 2 años.

2.7.1.3. Narcolepsia ⁽⁴²⁾

- a) Ataques de sueño reparador irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.

- b) Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:
- Cataplejía: episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas.
 - Intrusiones recurrentes de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas o las parálisis del sueño al principio o al final de los episodios de sueño.
- c) La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

2.7.1.4. Trastornos del sueño relacionado con la respiración ⁽⁴²⁾

Desestructuración del sueño que provoca somnolencia excesiva o insomnio y que se considera secundaria a una patología respiratoria relacionada con el sueño (p. ej., síndromes de apnea obstructiva del sueño o de apnea central del sueño o de hipoventilación alveolar central). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de otra enfermedad médica (diferente de un trastorno de la respiración relacionado con él).

Son los siguientes:

- a) **Síndrome de apnea obstructiva del sueño:** es la forma más frecuente de los trastornos relacionados con la respiración. Se produce entre el 1% y 10% de la población adulta, aunque suele ser más elevada en la tercera edad. En general aparece entre los 40 y 60 años y las mujeres tienen más probabilidad de presentarlo después de la menopausia. Se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción de las vías respiratorias superiores (apneas o hipoapneas) durante el sueño. En general suele producirse en personas con sobrepeso y conduce a un estado de somnolencia excesiva.

Los ronquidos implican el paso del aire por vías parcialmente obstruidas y en los períodos de silencio respiratorio se producen las apneas o

hipoapneas, es decir, el cese de la respiración debido a una obstrucción total de las vías superiores. En ocasiones el final de una apnea se asocia con fuertes ronquidos, inspiraciones bruscas, gemidos o murmullos o movimientos de todo el cuerpo estruendosos que dan la apariencia de una resurrección. La mayoría de las personas que lo padecen no son conscientes de estos síntomas, aunque sus parejas se ven obligadas a cambiar de cama o incluso de habitación.

- b) **Síndrome de apnea central del sueño:** Se caracteriza por interrupciones episódicas de la ventilación durante el sueño (apneas o hipoapneas) sin que exista obstrucción de las vías respiratorias. Es más frecuente en personas de mayor edad y sobre todo como consecuencia de afecciones cardiacas o neurológicas que inciden sobre la regulación de la ventilación.
- c) **Síndrome de hipoventilación alveolar:** Se caracteriza por un deterioro en el control de la ventilación que determina niveles arteriales de oxígeno anormalmente bajos, agravados sobre todo durante el sueño (hipoventilación sin apneas o hipoapneas). Se trata de un trastorno que suele presentarse en personas con sobrepeso y puede ser asociado a somnolencia excesiva, así como también a insomnio.

2.7.1.5. Trastornos del ritmo circadiano ⁽⁴²⁾

- a) Presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo, por una parte, y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño, por otra.
- b) Las alteraciones del sueño provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) Las alteraciones del sueño no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.

- d) El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar tipo:

- a) **Tipo sueño retrasado:** patrón de sueño persistente que consiste en acostarse y despertarse tarde, con incapacidad para conciliar el sueño y levantarse a horas más tempranas pese a desearlo.
- b) **Tipo jet lag:** somnolencia y estado de alerta presentes en momentos del día inadecuados, y que aparece después de repetidos viajes transmeridionales a zonas con diferente horario.
- c) **Tipos cambios de turno de trabajo:** insomnio que aparece durante las horas que el individuo debería dormir o somnolencia excesiva durante las horas en que debería estar despierto, debido a un turno de trabajo nocturno o a un cambio repetido del turno de trabajo.
- d) **Tipo no especificado**

2.7.2 PARASOMNIAS

2.7.2.1 Pesadillas ⁽⁴²⁾

- a) Despertares repetidos durante el período de sueño mayor o en las siestas diurnas, provocados por sueños extremadamente terroríficos y prolongados que dejan recuerdos vividos, y cuyo contenido suele centrarse en amenazas para la propia supervivencia, seguridad o autoestima. Los despertares suelen ocurrir durante la segunda mitad del período de sueño.
- b) Al despertarse del sueño terrorífico, la persona recupera rápidamente el estado orientado y despierto (a diferencia de la confusión y desorientación que caracterizan los terrores nocturnos y algunas formas de epilepsia).
- c) Las pesadillas, o la alteración del sueño determinada por los continuos despertares, provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- d) Las pesadillas no aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno por estrés postraumático) y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

2.7.2.2 Terrores nocturnos ⁽⁴²⁾

- a) Episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor y que se inician con un grito de angustia.
- b) Aparición durante el episodio de miedo y signos de activación vegetativa de carácter intenso, por ejemplo, taquicardia, taquipnea y sudoración.
- c) El individuo muestra una falta relativa de respuesta a los esfuerzos de los demás por tranquilizarle.
- d) Existe amnesia del episodio: el individuo no puede describir recuerdo alguno detallado de lo acontecido durante la noche.
- e) Estos episodios provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- f) La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica. ⁽⁴⁴⁾

2.7.2.3 Sonambulismo ⁽⁴²⁾

- a) Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.
- b) Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.
- c) Al despertar (tanto en pleno episodio como a la mañana siguiente), el sujeto no recuerda nada de lo sucedido.

- d) A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o las actividades mentales (aunque en un primer momento puede presentar confusión o desorientación).
- e) Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- f) La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

2.7.3 TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON OTRO TRASTORNO MENTAL

2.7.3.1 Insomnio relacionado con otro trastorno mental ⁽⁴²⁾

- a) El principal motivo de consulta es la dificultad para conciliar o mantener el sueño, o la sensación de sueño no reparador al despertarse, durante al menos 1 mes, asociadas a fatiga diurna o afectación de las actividades diarias.
- b) Las alteraciones del sueño (o sus secuelas diurnas) provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) El insomnio se considera relacionado con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad), pero reviste la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- d) Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia).
- e) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

2.7.3.2 Hipersomnia relacionada con otro trastorno mental ⁽⁴²⁾

- a) El motivo principal de consulta es la presencia de somnolencia excesiva durante al menos 1 mes, tal como ponen de relieve episodios de sueño nocturno más prolongados de lo normal o aparición casi diaria de episodios de sueño diurno.
- b) La somnolencia excesiva provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La hipersomnia se considera relacionada con otro trastorno (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico), pero es de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- d) Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno del sueño (p. ej., narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración o una parasomnia) o por una cantidad insuficiente de sueño.
- e) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica.

2.7.4 TRASTORNOS DEL SUEÑO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA ⁽⁴²⁾

- a) Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para requerir una atención clínica independiente.
- b) A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio hay pruebas de que las alteraciones del sueño son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- c) Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de otro trastorno (p. ej., trastorno adaptativo en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
- d) Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

- e) Estas alteraciones del sueño no cumplen los criterios para la narcolepsia ni trastorno del sueño relacionado con la respiración.
- f) Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

2.7.5 TRASTORNOS DEL SUEÑO INDUCIDO POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ⁽⁴²⁾

- a) Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.
- b) A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio. Hay pruebas de que los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente ⁽⁴⁴⁾, o de que el fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño.
- c) La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias.

Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes:

- La aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco). Los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo.
 - Existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (p. ej., una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).
- d) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

- e) La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan de los que habitualmente se asocian con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y cuando sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Especificar si:

- **De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios para intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.
- **De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios para abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

2.8 Hipótesis

Los adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de Cuenca presentan trastornos del sueño y están asociados a factores como: edad, sexo, instrucción, estado civil, persona con quien viven, tipo de vivienda, ocupación previa a la jubilación, y tiempo de trabajo previo a la jubilación.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores asociados a los trastornos del sueño en los adultos mayores del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social, Cuenca 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1 Caracterización de las variables.
- 3.2.2 Determinar la frecuencia de los trastornos del sueño: insomnio primario, hipersomnias, síndrome de apnea obstructiva del sueño, sonambulismo, pesadillas y terrores nocturnos.
- 3.2.3 Identificar los factores asociados a los trastornos del sueño según edad, sexo, instrucción, estado civil, persona con quien viven, tipo de vivienda, ocupación previa a la jubilación y tiempo de trabajo previo a la jubilación.
- 3.2.4 Analizar la asociación entre las variables según: edad, sexo, instrucción, estado civil, persona con quien viven, tipo de vivienda, ocupación previa a la jubilación y tiempo de trabajo previo a la jubilación.

CAPITULO IV

4. Diseño metodológico

4.1 Diseño general del estudio

4.1.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se realizó es cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, puesto que se determinó la prevalencia y los factores asociados a los trastornos del sueño en el adulto mayor del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca.

4.1.2 Área de estudio

Esta investigación se desarrolló en el Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social, localizado en la Parroquia San Blas en la Av. Huayna Cápac entre Juan José Flores y Vicente Rocafuerte en la ciudad de Cuenca en la provincia del Azuay.

4.1.3 Universo de estudio

1042 adultos mayores jubilados inscritos en el Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de Cuenca.

4.1.4 Selección y tamaño de la muestra

La muestra fue obtenida utilizando el programa EpiInfo con un universo de N=1042 adultos mayores del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social de Cuenca; para el cálculo se utilizó el 52,6 % de frecuencia esperada, un peor aceptable de 49 % con un nivel de confianza del 95%. La muestra obtenida fue de n=434 además se adicionó el 10% de posibles pérdidas (43 adultos mayores), lo que nos da una muestra de n=475 adultos mayores, la asignación de los participantes fue aleatorizada en el programa EpiDat.

4.1.5 Unidad de análisis y observación

Adultos mayores con más de 60 años que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.2 Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1 Criterios de inclusión

Se incluyó a los adultos mayores según el criterio de la OMS, de ambos sexos, de cualquier tipo de jubilación, y que acuden al programa de jubilados de la institución, previo conocimiento y firma del consentimiento informado para participar en este estudio.

4.2.2 Criterios de exclusión

No participaron en este estudio adultos mayores con dificultad auditiva severa que impidió la comunicación y aplicación del formulario, enfermedad mental diagnosticada previamente, estado de conciencia insuficiente para la realización de la encuesta, quienes no se encontraron al momento de aplicar el formulario y todos aquellos que no firmaron el consentimiento informado.

4.3 Métodos e instrumentos

La información se obtuvo a través de la aplicación de un formulario previamente validado, el cual consta de un instructivo y variables sociodemográficas y de estudio (Anexo 2). Se realizó la validación de este cuestionario (Anexo 1), mediante una prueba piloto a un grupo de 30 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, ajenos a la población en estudio y que se encontraron dentro de la zona urbana de la ciudad de Cuenca. La aplicación del cuestionario tuvo una duración de 10 a 15 minutos, con la presencia del investigador, quien solventó todas las dudas de los investigados.

4.3.1 Métodos de procesamiento de la información

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS 15.00 (Statistical Product and Service Solutions para Windows), versión Evaluación.

La presentación de la información se realizó en forma de distribuciones de acuerdo a la frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas y los resultados son presentados en tablas. Además se utilizó el estadístico Chi cuadrado para medir la fuerza de asociación entre las variables que la investigación consideró pertinente; el resultado es descrito al de la probabilidad ($p=$) al ser menor a 0,05 el cual se asignó al final de las tablas; además se empleó la razón de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza para determinar factores protectores o de riesgo entre las variables asociadas siendo un valor superior a 1 como factor de riesgo e inferior a 1 como factor de protección y si el valor de la razón de prevalencia es 1 no hay asociación estadística entre las variables.

4.3.2 Técnica

Se utilizó la entrevista estructurada, en la cual se aplicó un formulario previamente validado (anexo 2).

4.3.3 Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos utilizados.

Se solicitó la autorización pertinente para la aplicación de los formularios mediante un oficio dirigido a la Directora del Programa de Coordinación del Adulto Mayor, Dra. Martha Ugalde quien permitió la realización del estudio.

Posteriormente se entregó a los participantes el consentimiento informado (anexo 3), a quienes se les dio a conocer los objetivos de este trabajo de investigación. Una vez firmado el consentimiento informado, se procedió a aplicar el formulario respectivo (anexo 2).

4.3.3.1 Tablas

Se utilizó tablas simples y de doble entrada.

4.3.3.2 Medidas Estadísticas

Las principales medidas estadísticas que se utilizaron fueron las de frecuencia relativa como la proporción y porcentaje para las variables cuantitativas y cualitativas; Chi cuadrado para medición de asociación entre las variables y la razón de prevalencia para determinar riesgo.

4.4 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Se obtuvo el permiso correspondiente de la Directora del Programa de Coordinación del Adulto Mayor del Seguro Social de la ciudad de Cuenca.

Se entregó el consentimiento informado a los/as participantes del estudio, los mismos que fueron informados sobre los objetivos del estudio antes de de la aplicación del formulario; se les indicó también que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma. Se respetó su autonomía.

4.5 Operalización de variables (ANEXO 4)

CAPITULO V

5. Resultados

5.1 Cumplimiento del estudio

Esta investigación se realizó en el Programa de Coordinación del Adulto mayor del Seguro Social de Cuenca, donde se aplicaron 434 formularios, los mismos que fueron contestados por los participantes de manera individual y en los horarios de asistencia a las diferentes actividades que se llevan a cabo en el programa de la institución.

5.2 Características de la población de estudio

Fueron seleccionados 475 adultos mayores del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social de Cuenca, pertenecientes a los distintos talleres de gimnasia, bailo terapia, música, pintura, manualidades, danza, cocina, yoga, carpintería, de los cuales 434 cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron llenar el formulario mediante la autorización del consentimiento informado, obteniendo así un total de 434 formularios para la elaboración de la base de datos de esta investigación.

5.3 Análisis de los resultados

TABLA # 2

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: características de la población.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad agrupada según clasificación OMS del adulto mayor	Personas de edad avanzada (60 a 74 años)	483	70%
	Personas ancianas (75 a 90 años)	204	29,6%
	Personas grandes longevos (Más de 90 años)	3	0,4%
	Total:	690	100%
Sexo	Masculino	167	24,2%
	Femenino	523	75,8%
	Total	690	100%
Estado civil	Soltero	84	12,2%
	Casado	344	49,9%
	Unión libre	1	0,1%
	Divorciado	61	8,8%
	Viudo	194	28,1%
	Separado	6	0,9%
	Total	690	100%
Residencia	Urbano	615	89,1%
	Rural	75	10,9%
	Total	690	100%
Tipo de trabajo	Trabajo de oficina	133	19,30%
	Artesanal	89	12,90%
	Industria	35	5,10%
	Agricultura	7	1%
	Otros	426	61,70%
	Total	690	100%
Tiempo laborado por adultos mayores actualmente jubilados (años)	Hasta 10 años laborados	21	3%
	Hasta 20 años laborados	87	12,6%
	Hasta 30 años laborados	165	23,9%
	Hasta 40 años laborados	225	32,6%
	Hasta 50 años laborados	147	21,3%
	Hasta 60 años laborados	20	2,9%
	Hasta 70 años laborados	5	0,7%
	Aportación voluntaria	20	2,9%
Total	690	100%	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

**Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
*características de la población (continuación).***

DISTRIBUCIÓN SEGUN CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Persona con quien convive	Esposo/As	183	42.2%
	Hijo/a	104	24%
	Familia	65	15%
	Amigo/a	1	0.2%
	Cuidador/a	9	2.1%
	Vive solo/a	72	16.6%
	Total	434	100%
Profesión previa a la jubilación	Artesano/A	100	23%
	Obrero/a	71	16.4%
	Profesional	188	43.3%
	Sin ocupación	7	1.6%
	Otros	68	15.7%
	Total	434	100%
Tiempo que trabajo antes de jubilarse	Menos de 35 años	229	52.8%
	De 35 a 50 años	170	39.2%
	Más de 50	35	8.1%
	Total	434	100%
Tipo de vivienda	Propia	364	83.9%
	Arrendada	47	10.8%
	Propia hipotecada	1	0.2%
	Prestada	22	5.1%
	Total	434	100%
Zona de residencia	Urbana	421	97%
	Rural	13	3%
	Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

TABLA # 3

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
despertar cansado.

DESPERTAR CANSADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	201	46.3%
No	233	53.7%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores, de los cuales 46.3% (201) despiertan cansados.

TABLA # 4

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
dificultad para conciliar el sueño.

DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	222	51.2%
No	212	48.8%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: De los 434 adultos mayores estudiados 51.2% (222) presentan dificultad para conciliar el sueño.

TABLA # 5

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: relaciones sociales disminuidas.

RELACIONES SOCIALES DISMINUIDAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	92	21.2%
No	342	78.8%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: Se estudiaron 434 adultos mayores, de los cuales 21.2% (92) manifiestan que sus relaciones sociales han disminuido.

TABLA # 6

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: ánimo disminuido.

ÁNIMO DISMINUIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	176	40.6%
No	258	59.4%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores obteniendo que el 40.6% (176) presentan disminución del ánimo.

TABLA # 7

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *siestas diurnas*.

SIESTAS DIURNAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	227	52.3%
No	207	47.7%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores estudiados, se obtuvo que el 52.3% (227) toman siestas durante el día.

TABLA # 8

Distribución de 434 adultos mayores jubilados de los servicios sociales del IESS de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *hipotonía muscular breve*.

HIPOTONÍA MUSCULAR BREVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	225	51.8%
No	209	48.2%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores de los cuales 51.8% (225) presentan hipotonía muscular breve.

TABLA # 9

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de Cuenca, 2014, según: *paramnesia*.

PARAMNESIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	258	59.4%
No	176	40.6%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores estudiados, el 59.4% presentan paramnesia.

TABLA # 10

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *ronquidos*.

RONQUIDOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	265	61.1%
No	169	38.9%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores de los cuales 61.1% (265) tienen ronquidos al dormir.

TABLA # 11

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *apnea del sueño*.

APNEA DEL SUEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	214	49.3%
No	220	50.7%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores obteniendo que 49.3% (214) tienen apnea del sueño.

TABLA # 12

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *pesadillas*.

PESADILLAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	131	30.2%
No	303	69.8%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores, de los cuáles el 30.2% (131) presentan pesadillas.

TABLA # 13

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *terror nocturno*.

TERROR NOCTURNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	109	25.1%
No	325	74.9%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores, de los cuales el 25.1% (109) padecen de terrores nocturnos.

TABLA # 14

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *sonambulismo*.

SONAMBULISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	1.6%
No	427	98.4%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores estudiados, únicamente el 1.6% (7) presentan sonambulismo.

TABLA # 15

Distribución de 434 adultos del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *somniloquia*.

SOMNILOQUIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	47	10.8%
No	387	89.2%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se estudiaron 434 adultos mayores y sólo el 10.8% presenta somniloquia.

TABLA # 16

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *hora de acostarse*.

HORA DE ACOSTARSE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 pm	5	1.2%
2pm	1	0.2%
4pm	1	0.2%
5pm	2	0.5%
6pm	6	1.4%
7pm	9	2.1%
8pm	30	6.9%
9pm	70	16.1%
10pm	155	35.7%
11pm	113	26%
12pm	42	9.7%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores encuestados, la hora de acostarse en el 35,7% (155) es a las 9 de la noche, el 26% (113) a las 11 pm y 16% (70) a las 9 pm.

TABLA # 17

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *tiempo en conciliar el sueño.*

TIEMPO EN CONCILIAR EL SUEÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de una hora	8	1.8%
De 1 a 3 horas	8	1.8%
Más de 3 horas	418	96.3%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores que participaron en el estudio, el 96,3 % tardan más de tres horas para poder conciliar el sueño.

TABLA # 18

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *horas de sueño en la noche.*

HORAS DE SUEÑO EN LA NOCHE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 hora	2	0.5%
2 hora	6	1.4%
3 hora	8	1.8%
4 hora	36	8.3%
5 hora	66	15.2%
6 hora	98	22.6%
7 hora	98	22.6%
8 hora	89	20.5%
9 hora	15	3.5%
10 hora	11	2.5%
11 hora	3	0.7%
12 hora	2	0.5%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores que participaron en el estudio, de acuerdo a cuantas horas duermen durante la noche se observa que el 22% (98) duermen 6 y 7 horas, el 20,5% 8 horas, y 2 personas duermen 1 hora y 12 horas respectivamente.

TABLA # 19

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *hora de despertar.*

HORA DE DESPERTAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 am	3	0.7%
2 am	3	0.7%
3 am	11	2.5%
4 am	14	3.2%
5 am	69	15.9%
6 am	196	45.2%
7 am	84	19.4%
8 am	42	9.7%
9 am	4	0.9%
10 am	4	0.9%
11 am	2	0.5%
12 am	2	0.5%
Total	434	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores encuestados, la hora de despertar del 45,2% es a las 6 am, seguidos del 19,4% a las 7 am, el 15.9 % a las 5 am y el 0,7% a las 1 y 2 am respectivamente.

TABLA # 20

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según las variables: *sexo y despertar cansado*.

SEXO	DESPERTAR CANSADO				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Masculino	52	12%	80	18,4%	132	30,4%
Femenino	149	34,3%	153	35,3%	302	69,6%
Total	201	46,3%	233	53,7	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	3,653 ^a		Gl=1		p=0,056	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 46.3% (201) despiertan cansados (insomnio primario), correspondiendo el 34,3% (149) a mujeres, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,056$.

TABLA # 21

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
instrucción y despertar cansado.

INSTRUCCIÓN	DESPERTAR CANSADO.				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Analfabeto	8	4%	3	1,3%	11	2,5%
Primaria Incompleta	12	6%	6	2,6%	18	4,1%
Primaria Completa	71	35,3%	62	26,6%	133	30,6%
Secundaria Incompleta	12	6%	16	6,9%	28	6,5%
Secundaria Completa	71	35,3%	89	38,2%	160	36,9%
Superior Incompleta	4	2%	4	1,7%	8	1,8%
Superior Completa	23	11,4%	52	22,3%	75	17,3%
Postgrado	0	0%	1	0,4%	1	0,2%
Total	201	46,3%	233	53,7%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	17,427 ^a		G1=7		p=0,015	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 46.3% (201) despiertan cansados (insomnio primario), correspondiendo el 35,3% (71) a los que han alcanzado la educación secundaria completa, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,015$.

TABLA # 22

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *tiempo de trabajo previo a la jubilación y despertar cansado.*

TIEMPO DE TRABAJO PREVIO A LA JUBILACIÓN	DESPERTAR CANSADO				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Menos de 35 años	117	27%	112	25,8%	229	52,8%
De 35 a 50 años	66	15,2%	104	24%	170	39,2%
Más de 50 años	18	4,1%	17	3,9%	35	8,1%
Total	201	46,3%	233	53,7%	434	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson	6,307 ^a		Gl=2		p=0,043	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 46.3% (201) padecen de despertar cansados (insomnio primario), correspondiendo el 27% (117) a los que han trabajado menos de 35 años, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,043$

Tabla # 23

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
instrucción y relaciones sociales disminuidas.

INSTRUCCIÓN	RELACIONES SOCIALES DISMINUIDAS				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Analfabeto	6	1,4%	5	1,2%	11	2,5%
Primaria Incompleta	6	1,4%	12	2,8%	18	4,1%
Primaria Completa	28	6,5%	105	24,2%	133	30,6%
Secundaria Incompleta	6	1,4%	22	5,1%	28	6,5%
Secundaria Completa	33	7,6%	127	29,3%	160	36,9%
Superior Incompleta	4	0,9%	4	0,9%	8	1,8%
Superior Completa	9	2,1%	66	15,2%	75	17,3%
Postgrado	0	0%	1	0,2%	1	0,2%
Total	92	21,2%	342	78,8%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	11,003 ^a		Gl=4		p=0,027	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 21.2% (92) padecen de relaciones sociales disminuidas (insomnio primario), correspondiendo el 7,6% (33) a los que han alcanzado la educación secundaria completa, con una asociación estadísticamente significativa de $p=0,027$.

TABLA # 24

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *instrucción y ánimo disminuido.*

INSTRUCCIÓN	ÁNIMO DISMINUIDO				TOTAL	
	SI		NO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	10	2,3%	1	0,2%	11	2,5%
Primaria Incompleta	12	2,8%	6	1,4%	18	4,1%
Primaria Completa	54	12,4%	79	18,2%	133	30,6%
Secundaria Incompleta	14	3,2%	14	3,2%	28	6,5%
Secundaria Completa	59	13,6%	101	23,3%	160	36,9%
Superior Incompleta	3	0,7%	5	1,2%	8	1,8%
Superior Completa	24	5,5%	51	11,8%	75	17,3%
Postgrado	0	0%	1	0,2%	1	0,2%
Total	176	40,6%	258	59,4%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	21,585 ^a		GI=7		p=0,003	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 40.6% (176) padecen de ánimo disminuido al despertar (insomnio primario), correspondiendo el 13,6% (59) a los que han alcanzado la educación secundaria completa. Teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,003$.

Tabla # 25

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *horas de sueño en la noche y persona con quién vive.*

PERSONA CON QUIÉN VIVE	HORAS DE SUEÑO EN LA NOCHE				TOTAL	
	MENOS DE 8 HORAS		MÁS DE 8 HORAS		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Esposo/a	172	39,6%	11	2,5%	183	42,2%
Hijo/a	93	21,4%	11	2,5%	104	24%
Familia	58	13,4%	7	1,6%	65	15%
Amigo/a	0	0%	1	0,2%	1	0,2%
Cuidador/a	9	2,1%	0	0%	9	2,1%
Vive solo/a	71	16,4%	1	0,2%	72	16,6%
Total	403	92,9%	31	7,1%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	20,778 ^a		Gl=5		p=0,001	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 92.9% (403) duermen por las noches menos de 8 horas (insomnio primario), correspondiendo el 39,6% (172) a los que conviven con sus esposos, y el 7.1% duermen más de 8 horas (hipersomnia), de los cuales el 2.5% (11) conviven con sus esposos/as o hijos/as, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,001$.

Tabla # 26

Distribución de 434 adultos del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *edad e hipotonía muscular breve.*

EDAD	HIPOTONÍA MUSCULAR BREVE				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Personas de edad avanzada	135	60%	149	71,3%	284	65,4%
Personas ancianas	85	37,8%	60	28,7%	145	33,4%
Personas grandes longevos	5	2,2%	0	0%	5	1,2%
Total	225	51,8%	209	48,2%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	9,423 ^a		G1=2		p=0,009	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 51,8% (225) presentan hipotonía muscular breve (narcolepsia), de los cuales el 60% (135) corresponden a personas de edad avanzada, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,009$.

Tabla # 27

**Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
*profesión antes de jubilarse e hipotonía muscular breve.***

PROFESIÓN ANTES DE JUBILARSE	HIPOTONÍA MUSCULAR BREVE				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Artesano	63	28%	37	17,7%	100	23%
Obrero	45	20%	26	12,4%	71	16,4%
Profesional	79	35,1%	109	52,2%	188	43,3%
Sin ocupación	2	0,9%	5	2,4%	7	1,6%
Otros	36	16%	32	15,3%	68	15,7%
Total	225	51,8%	209	48,2%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	17,587 ^a		Gl=4		p=0,001	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 51,8% (225) presentan hipotonía muscular breve (narcolepsia), de los cuales el 35,1% (79) corresponden a personas que cuya profesión antes de jubilarse fue la profesional, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,001$.

Tabla # 28

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *el tiempo que trabajó previo a la jubilación e hipotonía muscular breve.*

TIEMPO QUE TRABAJÓ ANTES DE PREVIO A LA JUBILACIÓN	HIPOTONIA MUSCULAR BREVE				TOTAL	
	SI		NO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 35 años	128	56,9%	101	48,3%	229	52,8%
De 35 a 50 años	74	32,9%	96	45,9%	170	39,2%
Más de 50	23	10,2%	12	5,7%	35	8,1%
Total	225	51,8%	209	48,2%	434	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson	8,910 ^a		G1=2		p=0,012	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 51,8% (225) presentan hipotonía muscular breve (narcolepsia), de los cuales el 56,9% (128) corresponden a personas que han trabajado menos de 35 años. Teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,012$.

Tabla # 29

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *tipo de vivienda e hipotonía muscular breve.*

TIPO DE VIVIENDA	HIPOTONÍA MUSCULAR BREVE				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Propia	179	79,6%	185	88,5%	364	83,9%
Arrendada	29	12,9%	18	8,6%	47	10,8%
Propia hipotecada	0	0%	1	0,5%	1	0,2%
Prestada	17	7,6%	5	2,4%	22	5,1%
Total	225	51,8%	209	48,2%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	9,642 ^a		G1=3		p=0,022	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 51,8% (225) presentan hipotonía muscular breve (narcolepsia), de los cuales el 79,6% (179) corresponden a personas que poseen casa propia, con una asociación estadísticamente significativa de $p=0,022$.

Tabla # 30

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *instrucción y paramnesia.*

INSTRUCCIÓN	PARAMNESIA				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Analfabeto	9	3,5%	2	1,1%	11	2,5%
Primaria Incompleta	14	5,4%	4	2,3%	18	4,1%
Primaria Completa	85	32,9%	48	27,3%	133	30,6%
Secundaria Incompleta	21	8,1%	7	4%	28	6,5%
Secundaria Completa	88	34,1%	72	40,9%	160	36,9%
Superior Incompleta	3	1,2%	5	2,8%	8	1,8%
Superior Completa	38	14,7%	37	21%	75	17,3%
Postgrado	0	0%	1	0,6%	1	0,2%
Total	258	59,4%	176	40,6%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	15,476 ^a		Gl=7		p=0,03	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 59,4% (258) presentan paramnesia en un episodio de somnolencia (narcolepsia), de los cuales el 34,1% (88) corresponden a personas que han alcanzado la educación secundaria completa, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,03$.

Tabla # 31

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
instrucción e hipotonía muscular breve.

INSTRUCCIÓN	HIPOTONIA MUSCULAR BREVE				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Analfabeto	10	4,4%	1	0,5%	11	2,5%
Primaria Incompleta	14	6,2%	4	1,9%	18	4,1%
Primaria Completa	87	38,7%	46	22%	133	30,6%
Secundaria Incompleta	14	6,2%	14	6,7%	28	6,5%
Secundaria Completa	67	29,8%	93	44,5%	160	36,9%
Superior Incompleta	2	0,9%	6	2,9%	8	1,8%
Superior Completa	31	13,8%	44	21,1%	75	17,3%
Postgrado	0	0%	1	0,5%	1	0,2%
Total	225	51,8%	209	48,2%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	34,494 ^a		G1=7		p=0,000	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores investigados, el 51,8% (225) presentan hipotonía muscular breve (narcolepsia), de los cuales el 29,8% (67) corresponden a personas que han completado la educación secundaria, con una asociación estadísticamente significativa de $p=0,000$.

Tabla # 32

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según:
instrucción y apnea del sueño.

INSTRUCCIÓN	APNEA DEL SUEÑO				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Analfabeto	7	3,3%	4	1,8%	11	2,5%
Primaria Incompleta	10	4,7%	8	3,6%	18	4,1%
Primaria Completa	77	36%	56	25,5%	133	30,6%
Secundaria Incompleta	17	7,9%	11	5%	28	6,5%
Secundaria Completa	76	35,5%	84	38,2%	160	36,9%
Superior Incompleta	2	0,9%	6	2,7%	8	1,8%
Superior Completa	25	11,7%	50	22,7%	75	17,3%
Postgrado	0	0%	1	0,5%	1	0,2%
Total	214	49,3%	220	50,7%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	17,296 ^a		GI=7		p=0,016	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, observando que el 49,3% (214) presentan apnea del sueño, de los cuales el 36% (77) corresponden a personas que han completado la educación primaria, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,016$.

Tabla # 33

**Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca. 2014, según:
*profesión previa a la jubilación y apnea del sueño.***

PROFESIÓN PREVIA A LA JUBILACIÓN	APNEA DEL SUEÑO				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Artesano	57	26,6%	43	19,5%	100	23,0%
Obrero	38	17,8%	33	15,0%	71	16,4%
Profesional	74	34,6%	114	51,8%	188	43,3%
Sin ocupación	3	1,4%	4	1,8%	7	1,6%
Otros	42	19,6%	26	11,8%	68	15,7%
Total	214	49,3%	220	50,7%	434	100,0%
Chi-cuadrado de Pearson	14,650 ^a		GI=4		p=0,005	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 49,3% (214) presentan apnea del sueño, de los cuales el 34,6% (74) corresponden a personas que se han desarrollado profesionalmente previo a jubilarse. Teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,005$.

Tabla # 34

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *tipo de vivienda y apnea del sueño.*

TIPO DE VIVIENDA	RESPIRA PROFUNDAMENTE				TOTAL	
	SI		NO		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
Propia	171	79,9%	193	87,7%	364	83,9%
Arrendada	25	11,7%	22	10%	47	10,8%
Propia hipotecada	1	0,5%	0	0%	1	0,2%
Prestada	17	7,9%	5	2,3%	22	5,1%
Total	214	49,3%	220	50,7%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	8,985 ^a		GI=3		p=0,029	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 49,3% (214) presentan apnea del sueño, de los cuales el 79,9% (171) corresponden a personas que poseen casa propia, con una asociación estadísticamente significativa de $p=0,005$.

Tabla # 35

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca. 2014, según: sexo y *pesadillas*.

SEXO	PESADILLAS					
	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	50	38,2%	82	27,1%	132	30,4%
Femenino	81	61,8%	221	72,9%	302	69,6%
Total	131	30,2%	303	69,8%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	5,329 ^a		gl=1		p=0,021	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores, de los cuales el 30,2% (131) presentan pesadillas, y el 61,8% (81) corresponden a mujeres, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,021$.

Tabla # 36

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca. 2014, según: *persona con quién vive y terror nocturno.*

PERSONA CON QUIÉN VIVE	TERROR NOCTURNO				TOTAL	
	SI		NO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	55	50,5%	128	39,4%	183	42,2%
Hijo	29	26,6%	75	23,1%	104	24%
Familia	12	11%	53	16,3%	65	15%
Amigo	1	0,9%	0	0%	1	0,2%
Cuidador	1	0,9%	8	2,5%	9	2,1%
Vive solo	11	10,1%	61	18,8%	72	16,6%
Total	109	25,1%	325	74,9%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	11,953 ^a		G1=5		p=0,035	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 25,1% (109) presentan terror nocturno, de los cuales el 50,5% (55) corresponden a personas que conviven con sus esposos/as, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,035$.

Tabla # 37

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *tipo de vivienda y terror nocturno.*

TERROR NOCTURNO						
TIPO DE VIVIENDA	SI		NO		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Propia	86	78,9%	278	85,5%	364	83,9%
Arrendada	12	11%	35	10,8%	47	10,8%
Propia hipotecada	1	0,9%	0	0%	1	0,2%
Prestada	10	9,2%	12	3,7%	22	5,1%
Total	Total	25,1%	325	74,9%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	8,254 ^a		Gl =3		p =0,041	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: de los 434 adultos mayores investigados, el 25,1% (109) presentan terror nocturno, de los cuales el 78,9% (86) corresponden a personas que viven en casas propias, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,041$.

Tabla # 38

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: sexo y *somniloquia*.

SEXO	SOMNILOQUIA				TOTAL	
	SI		NO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	20	42,6%	112	28,9%	132	30,4%
Femenino	27	57,4%	275	71,1%	302	69,6%
Total	47	10,8%	387	89,2%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	3,669 ^a		gl =1		p =0,055	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 10,8% (47) presentan *somniloquia*, de los cuales el 57,4% (27) corresponden a mujeres, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,055$.

Tabla # 39

Distribución de 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014, según: *persona con quien convive y el hablar dormido.*

CONVIVIENTE	SOMNILOQUIA				TOTAL	
	SI		NO			
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Espos/a	23	48,9%	160	41,3%	183	42,2%
Hijo/a	9	19,1%	95	24,5%	104	24%
Familia	9	19,1%	56	14,5%	65	15%
Amigo/a	1	2,1%	0	0%	1	0,2%
Cuidador/a	0	0%	9	2,3%	9	2,1%
Vive solo/a	5	10,6%	67	17,3%	72	16,6%
Total	47	10,8%	387	89,2%	434	100%
Chi-cuadrado de Pearson	12,148 ^a		Gl=5		p	0,033

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Autores: Cabrera, B. Jimbo, C. Matute, T.

Interpretación: se ha estudiado a 434 adultos mayores, de los cuales el 10,8% (47) presentan somnolencia, de los cuales el 48,9% (23) corresponden a personas que conviven con sus esposos/as, teniendo una asociación estadísticamente significativa de $p=0,033$.

Tabla # 40

Razón de prevalencia entre Disomnias y factores asociados en 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014

FACTORES ASOCIADOS		INSOMNIO PRIMARIO				TOTAL		RAZÓN DE PREVALENCIA (95%)	X ² (GL)	P
		ENFERMOS		SANOS						
		FR	%	FR	%	FR	%			
Sexo	Masculino	52	12%	80	18,4%	132	30,4%	0,798	4,72	0,014
	Femenino	149	34,3%	153	35,3%	302	69,6%			
Total		201	46,3%	233	53,7	434	100%	0,627-1,015		
Tiempo de trabajo previa jubilación	Menos de 35 años	117	27%	112	25,8%	229	52,8%	1,246	4,452	0,021
	Mas 35 años	84	19,3%	121	28%	205	47,3%	1,013-1,534		
Total		201	46,3%	233	53,7%	434	100%			
FACTORES ASOCIADOS		NARCOLEPSIA				TOTAL		RAZÓN DE PREVALENCIA (95%)	X ² (GL)	P
		ENFERMOS		SANOS						
		FR	%	FR	%	FR	%			
Edad	Personas de más de 60 años	135	60%	149	71,3%	284	65,4%	0,792	6,108	0,008
	Personas de más de 75 años	90	40%	60	28,7%	150	34,6%	0,662-0,997		
Total		225	51,8%	209	48,2%	434	100%			
Durante cuánto tiempo trabajo antes de jubilarse	Menos de 35 años	128	56,9%	101	48,3%	229	52,8%	1,181	3,188	0,045
	Mas 35 años	97	43,1%	108	51,6%	205	47,3%	0,982-1,42		
Total		225	51,8%	209	48,2%	434	100%			
Instrucción	Estudios hasta secundaria completa	217	84%	133	76%	350	81%	1,27	4,88	0,018
	Estudios que superan la secundaria	41	16%	43	24%	84	19%	1,005-1,604		
Total		258	59,4%	176	40,6%	434	100%			
FACTORES ASOCIADOS		APNEA DEL SUEÑO.				TOTAL		RAZÓN DE PREVALENCIA (95%)	X ² (GL)	P
		ENFERMOS		SANOS						
		FR	%	FR	FR	%	FR			
Tipo de vivienda	Vivienda propia	172	80,4%	193	87,7%	365	84,1%	0,774	4,387	0,024
	Sin vivienda propia	42	19,6%	27	12%	69	15,9%	0,622-0,962		
Total		214	49,3%	220	50,7%	434	100%			

Fuente: Formulario de Recoleccion de Datos.

Autores: Cabrera. B, Jimbo. C, Matute. T.

Interpretación: Se aplicó la razón de prevalencia entre los factores asociados y deterioro cognitivo, para ello se agrupo a las variables en forma dicotómica (Factores asociados) únicamente para el manejo estadístico de las mismas, obteniendo que:

- Existe asociación estadísticamente significativa entre sexo e insomnio primario con un chi cuadrado de **4,72**, una p significativa de **0,014**, la razón de prevalencia es de **0,798 (IC 95%0,627-1,015)**, lo cual nos indica que las mujeres tienen menos posibilidad de presentar insomnio primario.
- El haber trabajado menos de 35 años tiene una asociación estadística significativa con insomnio primario, ya que tiene un chi cuadrado de **4,452**, una p significativa de **0,021**, la razón de prevalencia es de **1,246 (IC 95% 1,013-1,534)**, lo cual nos señala que el haber trabajado menos de 35 años constituye un factor de riesgo ante la aparición de insomnio primario.
- Existe asociación estadística significativa entre edad y Narcolepsia, ya que se obtuvo un chi cuadrado de **6,108**, una p significativa de **0,008**, la razón de prevalencia es de **0,792 (IC 95%0,662-0,997)**, lo cual nos indica que los adultos mayores con una edad entre los 65 años y los 74 años presentan un factor protector para desarrollar narcolepsia en comparación a los adultos mayores que están en más de los 75 años.
- Existe asociación estadística significativa entre el tiempo trabajo antes de jubilarse y Narcolepsia, ya que se obtuvo un chi cuadrado de **3,188**, una p significativa de **0,045**, la razón de prevalencia es de **1,181 (IC 95%0,982-1,42)**, lo cual nos indica que los adultos mayores que trabajaron menos de 35 años antes de jubilarse presentan un factor de riesgo mayor para desarrollar narcolepsia en comparación a los adultos mayores que trabajaron más de 35 años antes de jubilarse.

- Existe asociación estadística significativa entre la instrucción del adulto mayor y Narcolepsia, ya que se obtuvo un chi cuadrado de **4,88**, una p significativa de **0,018**, la razón de prevalencia es de **1,27(IC 95%1,005-1,604)**, lo cual nos indica que los adultos mayores que estudiaron hasta la secundaria completa presentan un factor de riesgo mayor para desarrollar narcolepsia en comparación a los adultos mayores que estudiaron niveles superiores a la secundaria completa.
- El vivir en una casa propia tiene una asociación estadística significativa con apnea del sueño, ya que tiene un chi cuadrado de **4,387**, una p significativa de **0,024**, la razón de prevalencia es de **0,774 (IC 95% 0,622-0,962)**, lo cual nos señala que el vivir en casa propia constituye un factor protector ante la aparición de apnea del sueño.

TABLA # 41

Razón de prevalencia entre Parasomnias y factores asociados en 434 adultos mayores del Programa de Coordinación de jubilados del Seguro Social de la ciudad de Cuenca, 2014

PARASOMNIAS										
FACTORES ASOCIADOS		PESADILLAS				Total		Razón de prevalencia (95%)	X2 (GI)	p
		ENFERMOS		SANOS						
		FR	%	FR	FR	%	FR			
SEXO	MASCULINO	50	38,2%	82	27,1%	132	30,4%	1,412 1,059-1,881	5,32	0,014
	FEMENINO	81	61,8%	221	72,9%	302	69,6%			
Total		131	30,2%	303	69,8%	434	100%			
TERROR NOCTURNO										
FACTORES ASOCIADOS		TERROR NOCTURNO				Total		Razón de prevalencia (95%)	X2 (GI)	p
		ENFERMOS		SANOS						
		FR	%	FR	FR	%	FR			
Persona con quien vive	VIVE CON FAMILIAR	96	88,1%	256	78,80%	352	81,2%	1,72 1,015-2,913	4,61	0,019
	NO VIVE CON FAMILIAR	13	11,9%	69	21%	82	18,9%			
Total		109	25,1%	325	74,9%	434	100%			
SOMNILOQUIA.										
FACTORES ASOCIADOS		SOMNILOQUIA.				Total		Razón de prevalencia (95%)	X2 (GI)	p
		ENFERMOS		SANOS						
		FR	%	FR	FR	%	FR			
SEXO	MASCULINO	20	42,6%	112	28,9%	132	30,4%	1,69 0,986-2,91	3,66	0,042
	FEMENINO	27	57,4%	275	71,1%	302	69,6%			
Total		47	10,8%	387	89,2%	434	100%			

Fuente: Formulario de Recoleccion de Datos.

Autores: Cabrera. B, Jimbo. C, Matute. T.

- Existe asociación estadística significativa entre el sexo del adulto mayor y el presentar pesadillas, ya que se obtuvo un chi cuadrado de **5,32**, una p significativa de **0,014**, la razón de prevalencia es de **1,412 (IC 95%1,059-1,881)**, lo cual nos indica que las mujeres adultas mayores presentan un factor de riesgo mayor para presentar pesadillas en comparación a los adultos mayores varones.
- El vivir con un familiar tiene una asociación estadística significativa con terrores nocturnos, ya que tiene un chi cuadrado de **4,61**, una p



significativa de **0,019**, la razón de prevalencia es de **1,72 (IC 95% 1,015-2,913)**, lo cual nos señala que el vivir con un familiar constituye un factor de riesgo para la aparición de terrores nocturnos.

CAPITULO VI

6. Discusión

Actualmente la sociedad reconoce la importancia que el sueño tiene sobre la vida de los individuos, sus efectos no se limitan únicamente al normal funcionamiento del organismo, sino que afectan el desarrollo de cada persona dentro de la misma.

El presente estudio fue realizado en la ciudad de Cuenca, la población a estudiar fueron adultos mayores pertenecientes al programa de coordinación de jubilados del seguro social, contó como universo y la muestra fue 434 adultos mayores, según las variables socio demográficas se observa que el 65,4% (284) son de edad avanzada, el 69,6% (302) son mujeres, el 36,9% (160) han alcanzado la educación secundaria completa y el 48,4% (210) son casados/as, el 42,2% (183) conviven con sus esposos/as, el 43,3% (188) fueron profesionales previo a jubilarse, el 52,8% (229) han trabajado menos de 35 años antes de jubilarse, el 83,9% (364) poseen casa propia y el 97% (421) reside en la zona urbana.

Foley y colaboradores determinaron la frecuencia de los trastornos del sueño en 9.000 personas mayores de 65 años de edad, obteniendo que entre 23% y 34% de los participantes presentaron síntomas de insomnio y entre 7% y 15% de estos pacientes raramente tenían un sueño reparador.

RODRÍGUEZ, Tello y col. en su estudio realizado en Lima-Perú, con una población de 73 adultos mayores y según la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburg, se determinó que el 74% de los participantes presentaba una mala calidad de sueño, y de este grupo con mala calidad del sueño, el 63% eran mujeres.⁽⁵⁾

La investigación realizada por LÓPEZ, J. con 926 adultos mayores de 65 años, muestra que la prevalencia de insomnio primario fue del 8,9%.⁽¹⁸⁾

En nuestro estudio se observó que el 46.3% del total de adultos mayores estudiados, despiertan cansados por las mañanas, presentando insomnio primario según los criterios del DSM IV-tr, correspondiendo el 34,3% a mujeres. El 35,3% de los que padecen esta patología han alcanzado la educación secundaria completa y el 27% refieren haber trabajado menos de 35 años antes de jubilarse.

THORNBY, encontró que el 33% de los encuestados en su estudio, refiere alguna dificultad en dormirse, el 48% tiene problemas en la continuidad del sueño y el 22% manifiesta despertar precoz, con una prevalencia del 31.8% y con predominio en el sexo femenino. El autor propone la influencia del sistema endocrino como causante de la elevada prevalencia en la mujer, ya que durante la menopausia las cifras se ven aumentadas, lo cual podría deberse a modificaciones en la respiración, cambios vasomotores y alteraciones del estado de ánimo. (17)

Nuestro estudio, por su parte, determinó que el 22.6% de los adultos mayores duermen menos de 6 horas durante la noche, así el 35.7% se acuestan a dormir a las 10 de la noche, el 96.3% se demoran más de 3 horas para conciliar el sueño y el 45.2% se despiertan a las 6 de la mañana.

La investigación desarrollada por FLORES María Elena en Guadalajara-México, señaló que el 42,3% de adultos mayores tienen alteraciones en su salud como consecuencia de disturbios en el sueño y que el 31,2% de estas alteraciones son problemas sociales; nuestro estudio, establece que el 21.2% de los adultos mayores estudiados manifiesta que sus relaciones sociales han decaído, correspondiendo el 7,6% a los que han alcanzado la educación secundaria completa, existiendo relación entre el grado de instrucción y la disminución de las relaciones sociales. (6)

LÓPEZ DE CASTRO, Francisco realizó un estudio en Barcelona-España con una población de 94 adultos mayores en donde el 76,8% refirió levantarse cansado. Estos hechos interfieren en la actividad diaria del 70,6% de los

individuos; al 63,2% le ocasiona distracciones y al 39,7% somnolencia diurna. Comparando estos resultados con nuestro estudio, vemos que la prevalencia de adultos mayores que despiertan cansados es menor, representando el 46,3% de los que padecen este trastorno, y el 21,2% aquejan que este hecho ha interferido en su vida, ocasionando que sus relaciones sociales decaigan; el 52,3% toman siestas diurnas con episodios de somnolencia y el 40,6% presentan ánimos disminuidos al despertar, siendo el grupo de mayor prevalencia el 13,6% los que han alcanzado la educación secundaria completa.⁽¹⁹⁾

BLANCO, Javier, KARAKAN y col. en su estudio demostraron que el problema más frecuente es la dificultad para dormir (55,2%). Según la forma de presentación del trastorno del sueño, 93 pacientes (64,1%) presentaban dificultad para conciliar el sueño, 104 (71,7%) tardaban más de media hora en dormirse. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el insomnio y la edad, el estado civil o la clase social. La presencia de insomnio primario fue significativamente superior en los que manifestaron acostarse y levantarse a distintas horas.⁽¹⁷⁾

Nuestra investigación, por su parte, muestra que del total de adultos mayores estudiados, el 92,9% duermen por las noches menos de 8 horas, correspondiéndose con uno de los criterios diagnósticos de insomnio primario; y de éstos el 39,6% son quienes viven con sus esposos/as. Por otra parte el 7,1% duermen más de 8 horas (hipersomnia), de los cuales el 2,5% viven con su esposos/as o hijos/as, concluyendo que el trastorno que afecta en mayor prevalencia a los adultos mayores es el insomnio, difiriendo en el sentido de que nuestro estudio si halló relación estadística significativa entre el insomnio y el estado civil.

Además de los datos mencionados, la presente investigación obtuvo datos sobre otras afecciones correspondientes a los trastornos del sueño según el DSM-IVtr, como la somniloquia que tiene una prevalencia del 10,8% de adultos mayores; el 1,6% de la población estudiada padece sonambulismo, el 25,1%

presentan terrores nocturnos y el 30,2% sufren de pesadillas. En cuanto a los trastornos respiratorios del sueño, el 49,3% de los adultos mayores presentan apnea del sueño y el 61,1% roncan mientras duermen. Las paramnesias (*déjà-vu*) fueron frecuentes afectando al 59,4% de la población, y el 51,8% refiere que durante día existen momentos que se asocian a una pérdida del tono muscular como si fueran a caerse.

El estudio llevado a cabo en México para determinar la prevalencia de Narcolepsia en una población de 200 personas comprendidas entre los 37±16 años, mostró que las mujeres (63%) son las mayoritariamente afectadas, y que estaba asociado a factores como la instrucción, siendo mayor el número de casos en aquellas que cursaron la secundaria (43,5%), seguidos por el 37,5% que acabaron el bachillerato; nuestra investigación no mostró asociación entre la narcolepsia y el sexo, pero determinó que, el 59,4% de los sujetos estudiados, padece de paramnesia como síntoma principal, y que la hipotonía muscular breve afecta al 51% de los adultos mayores que padecen de narcolepsia; además demostró que es más frecuente entre los 60 y 74 años (60%) y en quienes tuvieron educación secundaria (34,1%), comprobándose la relación antes mencionada, y como también en quienes se desarrollaron como profesionales y trabajaron menos de 35 años, previo a su jubilación.

También se observó que de los trastornos asociados a la respiración, el apnea del sueño es la más común, afectando a un 49,3 % de las personas estudiadas; además se asoció dicha patología con la instrucción y profesión desempeñada antes de la jubilación, obteniendo que del total de los afectados, el 36% completaron su educación primaria y el 34,6% se desarrollaron profesionalmente antes de jubilarse. El tipo de vivienda fue otro factor relacionado, ya que del total de personas afectadas por esta patología, el 79,9% tiene casa propia.

En cuanto al estudio de las Parasomnias, determinamos que las pesadillas son trastornos que afectan en mayor proporción a las mujeres, ya que el 30,2% del total de individuos que las padecen, el 61,8% corresponden a mujeres. Así



mismo los terrores nocturnos aquejan al 25.1% de los afectados, los mismos que en el 50,5% viven con sus esposos/as, existiendo una asociación entre la presentación de terrores nocturnos y la persona con quien viven; además de ésta, hay relación de este trastorno con el tipo de vivienda de los individuos estudiados, siendo más frecuente el mismo en quienes habitan en casas propias, con un porcentaje de 78,9%.

Se encontró que la somniloquia afecta al 10,8% del total de adultos mayores estudiados, siendo más prevalente en las mujeres con un porcentaje de 57,4%. Por otro lado, los adultos mayores quienes conviven con sus esposos/as presentan este trastorno en el 48,9% de los casos, existiendo asociación entre estas variables.

CAPITULO VII

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

- De los 434 adultos mayores estudiados, el 65,4% son de edad avanzada, es decir tienen entre 60 y 74 años y el 48,4% de la población son casados/as y el 42,2% viven con sus esposos/as. Las mujeres representan el grupo más representativo con un porcentaje de 69,6%. El nivel de instrucción alcanzado en el 36,9% de adultos mayores es la educación secundaria completa.
- El 43,3% fueron profesionales antes de la jubilación, trabajando menos de 35 años antes de la misma en el 52,8% de los casos. Además el 83,9% de los individuos estudiados poseen casa propia y el 97% reside en la zona urbana de Cuenca.
- El trastorno del sueño que afecta a la mayoría de la población es el Insomnio ya que se obtuvo que de los 434 adultos mayores estudiados, el 92,9% duermen por las noches menos de 8 horas, correspondiéndose con un criterio diagnóstico de insomnio primario. De los individuos que duermen menos de 8 horas, el 39,6% conviven con sus esposos.
- Se observó que el 51,2% de los adultos mayores presenta dificultad para conciliar el sueño y que el 46,3% de adultos mayores despiertan cansados en las mañanas, siendo más común este hecho en el sexo femenino (34,3%), en quienes tienen una instrucción secundaria completa (35,3%), y han trabajado menos de 35 años antes de la jubilación (27%).

- El 52.3% necesita tomar siestas diurnas, a consecuencia de la falta de un sueño adecuado durante la noche.
- Se obtuvo que el 49.3% de los adultos mayores tienen apnea del sueño, de los cuales el 36% ha alcanzado la primaria completa, el 34% se desarrolló profesionalmente antes de la jubilación.
- El 40.6% de la población estudiada presenta disminución del estado de ánimo y el 21.2% aquejan de que sus relaciones sociales han decaído, y al igual que lo demostrado en otros estudios, la esfera social de los adultos mayores se ve afectada por trastornos del sueño.
- La narcolepsia afecta al 51.8% de la población estudiada, principalmente al 60% de las personas de edad avanzada y el 29.8% de ellos ha alcanzado la secundaria completa. También se observó este trastorno en el 35.1% de adultos mayores que tuvieron una profesión antes de la jubilación y al 56.9% de individuos que trabajaron por un período menor a 35 años antes de jubilarse. El 79.6% de quienes padecen de narcolepsia viven en casa propia.
- Los terrores nocturnos afectan al 25.1% de adultos mayores, siendo más común este cuadro en quienes viven con sus esposos (50.5%) y tienen casa propia (78.9%). Por su parte las pesadillas se presentaron en el 30.2% de los investigados siendo más común en personas del sexo femenino (57.4%).
- Los trastornos menos comunes fueron la somniloquia que se presentó en el 10.8% de los adultos mayores investigados, y el sonambulismo que lo padecen el 1.6% de la población. La hipersomnia la padecen el 7.1% de los sujetos de estudio, y de éstos el 2.5% conviven con sus esposos/as o hijos/as.

7.2 Recomendaciones

- Realizar el mismo estudio en adultos mayores que residen en zonas rurales, ya que la mayoría de las personas que fueron el grupo de estudio residían en zonas urbanas, de modo que al compararlos, determinar la existencia o no de cambios.
- Determinar los diferentes tipos de insomnio y profundizar más en los síntomas para determinar los verdaderos casos de este trastorno.
- Establecer un método de recolección de información, claro y seguro que permita conocer las patologías concomitantes que se presentan en los adultos estudiados junto con la medicación que reciben, para de esta forma tener una clara idea de la asociación entre las enfermedades comunes en esta edad y los trastornos del sueño.
- Determinar cuáles son los principales trastornos del estado de ánimo que afectan en los adultos mayores con trastornos del sueño, y su asociación con la persistencia o empeoramiento de los mismos.
- Con los resultados encontrados, crear un programa que permita un correcto diagnóstico y manejo de los diferentes trastornos, de manera que se brinde un adecuado tratamiento y mejor calidad de vida a los usuarios.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El adulto mayor. ¿quien es el adulto mayor?. Acceso 2/ febrero /2014. Disponible en http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
2. VILLACÍS Byron, En el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, 28% se siente desamparado. INEC. Acceso 2/ febrero /2014. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
3. SILVA Felipe, Trastornos del Ritmo Circadiano del Sueño: fisiopatología, clasificación y tratamientos, Revista Memoriza.com 2010; 7:1-13, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2010/circadiano2010_7_1-13.pdf
4. MARÍN Hernán, Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño, Suma Psicol. v.15 n.1 Bogotá mar. 2008. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0121-43812008000100012&script=sci_arttext
5. RODRÍGUEZ Tello y col. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. Acta méd. peruana v.26 n.1 Lima ene./mar. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100008
6. FLORES María Elena y col. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores. Uaricha Revista de Psicología, 10(21), 1-13. Enero-abril, 2013

- Guadalajara- México. Disponible en:
http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha_1021_001-013.pdf
7. PANDO Manuel y col. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. Cad. Saúde Pública vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2001 Guadalajara- México. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100006
8. FRITSCH Rosemarie y col. Trastornos del sueño en la población adulta de Santiago de Chile y su asociación con trastornos psiquiátricos comunes. Actas EspPsiquiatr 2010;38(6):358-64. Santiago de Chile. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/11/68/ESP/11-68-ESP-358-364-867576.pdf>
9. ORTA Ismary. Insomnio. Guía terapéutica para la atención primaria de la salud. SBN 978-959-212-574-2. Habana-Cuba del 2010. Disponible en: <http://files.sld.cu/certificacion/files/2010/03/libro-guia-terapeutica-para-la-aps-2010.pdf>
10. MONTI Jaime M. Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario. Rev. Méd. Urug. vol.18 no.1 Montevideo mayo 2002. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0303-32952002000100003&script=sci_arttext
11. VARELA, Luis y col. Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. Acta méd. peruana v.27 n.4 Lima oct./dic. 2010. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172010000400005&script=sci_arttext
12. CRUZ, Ernesto y col. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Rev Ciencias Médicas v.12 n.2 Pinar del Río jul.-dic. 2008. Cuba agosto 2008. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200014&lang=pt

13. DIAZ Ricardo y RUANO Iván. Prevalencia y persistencia del insomnio crónico. Acta MedColomb vol.36 no.3 Bogotá July/Sept. 2011. Manizales-Colombia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482011000300002&script=sci_arttext
14. ROMAN Gladys. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. Disponible en: <http://grupopsicopatologiaedu.files.wordpress.com/2011/04/prevalencia-de-los-trastornos-del-suenc3beo-en-el-adulto-mayor.pdf>
15. ALARCÓN Rafael. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento del insomnio en el anciano. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol. 21 No. 2 / abril - junio de 2007. Disponible en: <http://www.acgg.org.co/descargas/revista-21-2.pdf>
16. MARTÍNEZ, Rodolfo. Trastornos del sueño y climaterio. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Rev Cubana ObstetGinecol v.36 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400012
17. BLANCO Javier y MATEOS Raimeun. Prevalencia de trastornos del sueño en el anciano. Universidad de Maimonides. INTERPSIQUIS. 2005. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2004/archives/000922.html>
18. LÓPEZ Jesús y col. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. Gaceta Sanitaria Volume 27, Issue 1, January–February 2013, Pages 47–52. Castilla España. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112000611>
19. LÓPEZ DE CASTRO Francisco y col. Valoración Clínica y Calidad de Vida relacionada con la Salud del Paciente con Insomnio. Revista clínica de medicina de familia. RevClinMed Fam. Vol. 4. Núm. 2 - 01 de junio

2011. Disponible en:
<http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=198>
20. BOIX, Clotilde y col. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. Atención primaria. Aten Primaria. 2009;41(10):564–569. Albacete (Castilla-La Mancha), 2008. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v41n10a13141679pdf001.pdf>
21. VILLACÍS Byron, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Agosto 2011, Ecuador. Disponible en:
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
22. DIAZ, Ricardo, Estudio de trastornos de sueño en Caldas (SUECA), Scielo, Colombia, <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n2/v34n2a3.pdf>
23. MORENO Gustavo, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, SAPIENS v.9 n.1 Caracas jun. 2008, Universidad de Los Andes, Caracas-Venezuela. Disponible en:
http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152008000100005&lng=es
24. Universidad Nacional de Colombia. Trastornos del sueño. Acceso 24 de septiembre de 2013. Disponible en:
http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/2007860/lecciones/cap1/01_02.htm
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento acceso 02 febrero 2014. Disponible en
http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/es/
26. FERNÁNDEZ Conde, A., VÁZQUEZ Sánchez, E. El sueño en el anciano. Atención de Enfermería. Enfermería Global (Internet) Vol 6, Núm 1 (Mayo 2007). Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/205/174>

27. Ohayon M, Carskadon M, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*. 2004 Nov 1;27(7):1255-73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586779>
28. LÓPEZ C. El insomnio en el anciano. *Enferm. Docente*, 2007; 69: 31-34. Acceso: 11 octubre 2013. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/205/174&a=bi&pagenumber=1&w=100>
29. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño. Disponible en: http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/IMSS-385-10-RR.pdf
30. FERNÁNDEZ PARDAL. Neurología en el Anciano. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina 1996. Pag 97. Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=trqtEeJtBXUC&pg=PA97&dq=trastornos+del+sue%C3%B1o+en+el+anciano&hl=es419&sa=X&ei=oZxDUsTjHdS04AO4poCgCA&ved=0CD4Q6AEwAQ#v=onepage&q=trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20en%20el%20anciano&f=false> AVIDAN AY. Sleep in the geriatric population. *SeminNeurol* 2005; 35:52-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798937>
31. JOAN SANTAMARÍA. Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. *MedClin (Barc)* 2003;120(19):750-5 disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v120n19a13048048pdf001.pdf>
32. Universidad Nacional de Colombia. Trastornos del sueño. Acceso 24 de septiembre de 2013. Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/2007860/lecciones/cap1/01_02.htm
33. FERNÁNDEZ, PARDAL. Neurología en el anciano. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina 1996. Pag 98. Disponible

en:

<http://books.google.com.ec/books?id=trqtEeJtBXUC&pg=PA97&dq=trastornos+del+sue%C3%B1o+en+el+anciano&hl=es19&sa=X&ei=oZxDUsTjHdS04AO4poCgCA&ved=0CD4Q6AEwAQ#v=onepage&q=trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20en%20el%20anciano&f=false>.

34. FERNÁNDEZ Conde, A., VÁZQUEZ Sánchez, E. El sueño en el anciano. Atención de Enfermería. Enfermería Global (Internet) Vol 6, Núm 1 (Mayo 2007). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/205/174>
35. Ohayon M, Carskadon M, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep. 2004 Nov 1;27(7):1255-73. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15586779>
36. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos del Sueño. Disponible en: http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/IMSS-385-10-RR.pdfX
37. FERNÁNDEZ PARDAL. Neurología en el Anciano. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires Argentina 1996. Pag 97. Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=trqtEeJtBXUC&pg=PA97&dq=trastornos+del+sue%C3%B1o+en+el+anciano&hl=es419&sa=X&ei=oZxDUsTjHdS04AO4poCgCA&ved=0CD4Q6AEwAQ#v=onepage&q=trastornos%20del%20sue%C3%B1o%20en%20el%20anciano&f=false>
38. LÓPEZ C. El insomnio en el anciano. Enferm. Docente, 2007; 69: 31-34. Acceso: 11 octubre 2013. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/205/174&a=bi&pagenumber=1&w=100>
39. AVIDAN AY. Sleep in the geriatric population. SeminNeurol 2005; 35:52-63. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15798937>



40. BARTHLEN, M. Sleep disorders: Obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome and insomnia in geriatric patients. *Geriatrics* 2002; 57:34-39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12442567>
41. MORENO Gustavo, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, SAPIENS v.9 n.1 Caracas jun. 2008, Universidad de Los Andes, Caracas-Venezuela. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152008000100005&lng=es
42. Manual diagnóstico DSM IV tr, Disponible en : http://psicoarea.org/dsmiv_12y13.htm

Anexos

9.1 Anexo 1

“Informe de validación del instrumento de recolección de datos de la tesis titulada “Prevalencia de Trastornos del sueño y factores asociados en adultos mayores del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social. Cuenca 2014”

El día 9 de diciembre del 2013 a las 14:30pm el formulario denominado “Prevalencia de trastornos del sueño y factores asociados en Adultos Mayores del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social, Cuenca 2013” con la participación de 30 adultos mayores entre los 60 a 84 años de edad, fue validado en los diferentes lugares de la ciudad de Cuenca y en el centro de acogida del cantón Sigsig para garantizar así la comprensión del cuestionario por parte de los encuestados, previamente a ser aplicado en el grupo etario seleccionado para este estudio, tomándose en cuenta los siguientes aspectos.

1. Previo a la aplicación del cuestionario dimos la explicación correspondiente sobre los objetivos del estudio y la importancia de la validez del cuestionario.
2. Firma del consentimiento informado por parte de los participantes.
3. Cronometraje del tiempo necesario para la encuesta, siendo de 25 a 20 minutos el tiempo promedio empleado para resolver la encuesta.
4. Estructura semántica: Para asegurar y mejorar la comprensión de todas las preguntas se realizó las siguientes modificaciones:
 - Se anuló del formulario la pregunta relacionada con el nombre de medicación que ingería, debido a que causaba dificultad en los participantes para recordar el nombre del medicamento.
 - Se modificó la pregunta 6 referente a la ocupación que realizaba antes de la jubilación, siendo más objetivos y clasificándoles según sectores de desempeño laboral.

Observaciones: Los encuestados manifestaron que las demás preguntas eran entendibles y fáciles de contestar por lo cual no se realizaron modificaciones.



9.2 Anexo 2

FORMULARIO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE MEDICINAPREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS
MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL,
CUENCA 2014.”

Instrucciones: Por favor marque con una X frente a la opción que elija como respuesta a cada una de las preguntas, solo debe marcar 1 respuesta para cada pregunta. Recuerde la encuesta es de tipo personal y confidencial.

Formulario N° _____

1. Edad en años cumplidos:

2. **Sexo:** Masculino Femenino

3. Instrucción:

Analfabeto Primaria completa Secundaria completa Superior completa
Postgrado Primaria incompleta Secundaria incompleta Superior incompleta

4. Estado Civil:

Casado/a Soltero/a Unión Libre Divorciado Viudo

5. ¿Personas con quién vive?

Esposo/a Hijo/a Familia Amigo/a Cuidador/a Vive solo/a

6. ¿Qué profesión tuvo antes de jubilarse?

Artesano/a Obrero/a Profesional Sin ocupación laboral Otros

7. Tipo de vivienda:

Propia Arrendada Propia hipotecada Prestada

8. ¿Usted vive en una zona?:

Urbano Rural

9. ¿Despierta sintiendo que no ha descansado lo suficiente durante la noche?

Sí No

10. En el último mes, ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño durante la noche?

Sí No

11. En el último mes ¿cuántas horas duerme usted cada noche?(el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido)

12. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha estado levantando por la mañana?

13. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?

14. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches, desde el momento en el que se acostó hasta aproximadamente quedarse dormido? (Apunte el tiempo en minutos)

15. ¿En el último mes usted cree que sus relaciones sociales/familiares han decaído?

Sí No

16. ¿En el último mes usted ha sentido que sus ánimos han disminuido?

No

17. Durante el día ¿toma siestas de 15 minutos a 1 hora aproximadamente? En caso de hacerlo mencione cuantas.

Si No Cuantas _____

18. Durante el día ¿siente como si por breves momentos pierde el control de sus músculos provocando una sensación como si fuera a caerse?

Sí No

19. En las ocasiones que esta somnoliento brevemente ¿presenta sueños que cree que pasó en la realidad?

Sí No

20. En las ocasiones que esta somnoliento brevemente ¿presenta sueños que cree que pasó en la realidad?

Sí No

21. ¿Le han dicho que ronca cuando duerme?

Sí No

22. ¿Le han dicho o usted sabe que mientras duerme hay momentos en los que respira profundamente?

Sí No

23. ¿Durante el día cuantas veces usted duerme?

Sí No ¿Cuantas horas cada vez que duerme? _____



24. En la última semana ¿Ha realizado algún viaje al exterior a partir del cual no ha podido dormir normalmente?(a otro continente)

Sí No

25. En el último mes, ¿Ha presentado problemas para dormir a causa de pesadillas?

Sí No

26. ¿Se ha despertado últimamente después de una pesadilla, gritando, sudoroso, con sensación de palpitations del corazón y muy asustado?

Sí No

27. ¿Le han dicho que usted camina dormido?

Si No

28. ¿Le han dicho que usted habla dormido?

Sí No

29. ¿Usted toma medicación para dormir?

Sí No

Especifique _____

30. ¿Sufre usted de alguna enfermedad crónica actualmente?

Osteoporosis Diabetes Hipertensión Enfermedad cerebro-vascular
Problemas pulmonares Problemas renales Dolor crónico Cáncer
Otros

Especifique _____

31. ¿Toma medicación para su enfermedad? (puede marcar más de dos opciones)

Analgésicos Antihipertensivos Antidiabéticos Aspirina
Broncodilatadores Diuréticos Hipnóticos Sedantes
Otros

Especifique _____

32. Hábitos:

Fuma Consume alcohol Consume café Consume Té
Consume bebidas energizantes Consume drogas ilegales

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Responsables de la encuesta: Bayron Cabrera, Ana Cristina Jimbo, Tamara Matute.

9.3. ANEXO 3

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación



“PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE JUBILADOS DEL SEGURO SOCIAL, CUENCA 2014.”

El presente proyecto de investigación tiene como director al Dr. Julio Alfredo Jaramillo Oyervide y es realizada por Bayron Enrique Cabrera Quezada, Ana Cristina Jimbo Jimbo y Tamara Cristina Matute Sánchez, estudiantes de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca.

El objetivo es determinar la prevalencia de trastornos del sueño en adultos mayores del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social de Cuenca.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Información del estudio.- En el estudio se investigará la prevalencia de trastornos del sueño en adultos mayores del, esto se llevará a cabo mediante la aplicación de un formulario de recolección de datos.

Riesgos del Estudio: Su participación en la presente investigación no implica riesgo alguno, no afectará ningún aspecto de su integridad física y emocional.

Beneficios: La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá determinar la prevalencia de trastornos del sueño en adultos mayores del Programa de Coordinación de Jubilados del Seguro Social de Cuenca.

Confidencialidad. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.



La participación es voluntaria: La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Preguntas: Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de los responsables de la investigación que exponen a continuación: 0995987624, 0998679297, 0988591590. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo (encuestado/representante legal) _____ con cédula de identidad _____, libremente y sin ninguna presión, acepto la participación en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre la participación sin que esto acarree perjuicio alguno. Me han indicado también que tendré que responder un formulario de recolección de datos.

Firma del Representante legal / persona encuestada.

9.4 ANEXO 4

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Tiempo transcurrido medido en años	Años	Numérica
Sexo	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Sexo	Tipo de sexo	Masculino Femenino
Ocupación previa a la jubilación	Actividad remunerada previa a la jubilación.	Tipo de empleo	-Artesano -Obrero -Profesional -Sin ocupación laboral -Otros	Si/No Si/No Si/No Si/No Si/No
Instrucción	Niveles de estudio que ha logrado aprobar una persona.	Nivel educativo alcanzado	-Analfabeto -Primaria -Secundaria -Superior -Postgrado	Si/No Si/No Si/No Si/No Si/No
Vivienda	Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas.	Tipo de vivienda	-Propia -Arrendada -Propia hipotecada	Si/No Si/No Si/No
Insomnio Primario	Dificultad para conciliar o mantener el sueño, despertar más temprano de lo esperable, o simplemente despertar con la impresión de no haber tenido un sueño reparador, durante al menos un mes.(42)	Calidad, cantidad, momento de inicio del sueño y deterioro de las actividades sociales.	-Sueño satisfactorio -Horas de sueño -Tiempo transcurrido para el inicio del sueño. -Deterioro de actividades sociales	Si/No Numérico Numérico Si/No
Hipersomnia primaria	Sueño nocturno prolongado o episodios diurnos de sueño que interfieren con las actividades del individuo y que no es producida por otro trastorno del sueño, ni tampoco por un trastorno psiquiátrico, drogas o enfermedad médica.(42)	Sueño nocturno prolongado o episodios diurnos de sueño	-Duerme por más de 12 horas -Cantidad de siestas diurnas de 15 a 20 minutos	Numérico Numérico
Narcolepsia	Ataques de somnolencia irresistibles que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.	Somnolencia irresistible	-Cataplejía -Alucinaciones Hipnagógicas	Si/No Si/No
Trastorno del sueño relacionado con la respiración	Mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo y las exigencias exógenas de espaciamento y duración del sueño.	Desestructuración del sueño secundaria a problemas respiratorios.	- Apnea obstructiva del sueño (ronquido). - Apnea central del sueño	Si/No Si/No
Trastorno del ritmo circadiano del sueño.	Desacople entre el patrón de sueño y el horario socialmente aceptable para dormir.	Desacople entre el patrón de sueño y el horario	-Retraso de la fase del sueño -Adelanto de la fase del sueño -Ritmo de sueño-vigilia irregular -Ciclo sueño-vigilia diferente de 24 horas -Jet lag	Si/No
Pesadillas	Experiencias oníricas acompañadas de ansiedad o miedo, existe un recuerdo muy detallado que implica una amenaza para la supervivencia, la seguridad o autoestima. Con frecuencia suele repetirse el mismo tema. No existe amnesia al evento, ni problemas en la orientación.	Pesadilla	Pesadilla	Si/No



Terrores Nocturnos	Se caracteriza por episodios nocturnos de terror y pánico que se acompañan de gritos, movimientos bruscos e hiperactividad vegetativa.	Episodios nocturnos de terror y pánico	Terrores Nocturnos	Si/No
Sonambulismo	Personas que desarrollan actividades motoras automáticas que pueden ser sencillas o complejas mientras están dormidos.	Caminar Dormido	Testimonio de tercera persona sobre sonambulismo	Si/No