

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN INTEGRANTES
DE UN CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD
CHICLAYO-PERÚ 2020**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Mauricio Eduardo Portocarrero Flores

ASESOR

Rosa Elizabeth Guarniz Lozano

<https://orcid.org/0000-0002-5171-528X>

Chiclayo, 2022

**CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN
INTEGRANTES DE UN CENTRO DEL ADULTO MAYOR
DE ESSALUD CHICLAYO-PERÚ 2020**

PRESENTADA POR
MAURICIO EDUARDO PORTOCARRERO FLORES

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR

Henry Ricardo Villarreal Trujillo

PRESIDENTE

Elmer Lopez Lopez

SECRETARIO

Rosa Elizabeth Guarniz Lozano

VOCAL

Dedicatoria

A Dios, quien me ha dado la vida, la inspiración y fortaleza para seguir este largo y hermoso camino.

A mis increíbles padres, Marisol y Carlos; por su infinito amor, apoyo, confianza y dedicación puestos en mí. A mis queridas hermanas, Diana y Carla; que han sido mis cómplices en todo momento. Gracias a todos ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en médico. Son los mejores del mundo.

Agradecimiento

A Dios, pues siento su bendición a diario; ha puesto en mi camino personas maravillosas que hacen todo más ameno. Él es mi guía en este viaje y me da soporte en los momentos adversos.

A mis padres, quienes con sus valores y principios lograron formar una hermosa familia; no puedo estar más feliz y orgulloso de formar parte de ella. Gracias a cada uno de ustedes por sus enseñanzas y consejos, por ayudarme a ser mejor día a día; por su comprensión y amor incondicional. Con una familia así, siento que todo es posible.

Índice

Resumen	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Revisión de literatura.....	8
Materiales y métodos.....	10
3.1. Tipo y diseño de estudio	10
3.2. Diseño muestral:	10
3.2.1. Población:	10
3.2.2. Cálculo de muestra:	10
3.2.3. Muestreo:	10
3.2.4. Criterios de selección:	10
3.3. Proceso de recolección de datos	11
3.3.1. Técnicas e instrumentos:	11
3.3.2. Recolección de datos	12
3.3.3. Operacionalización de variables	12
3.4. Procesamiento y análisis de datos	15
3.5. Aspectos éticos.....	15
Resultados y discusión.....	15
Conclusiones.....	21
Recomendaciones	21
Referencias	21
Anexos.....	24

Resumen

La mala calidad de sueño es muy prevalente en la población adulta mayor y genera repercusiones sobre su calidad de vida. Por este motivo la presente investigación planteó como objetivos medir la calidad de sueño y calidad de vida en los integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú durante julio-octubre del año 2020 y describir sus características sociodemográficas y clínicas. El estudio fue cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal; contó con una población de 165 adultos mayores integrantes de un Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud Chiclayo, a quienes se les aplicó los cuestionarios: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP) y World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF); para medir la calidad de sueño y la calidad de vida respectivamente. Los resultados indicaron que el 87.3% de los participantes presentó una mala calidad de sueño; sin embargo, solo el 22.4% de los encuestados mostró una mala calidad de vida. El coeficiente de correlación de Pearson fue de -0.338 ($p < .001$), concluyendo que la calidad de sueño y la calidad de vida tienen correlación negativa moderada, pero significativa. Así mismo, el 67.3% de los participantes fue de sexo femenino, el 60% contaba con educación superior, el 67.9% estaba casado, el 0.6% aún trabajaba, el 13.9% presentó polifarmacia y el 63% indicó comorbilidades.

Palabras clave: Sueño, calidad de vida, adulto mayor (Fuente: DeCS-BIREME)

Abstract

Poor sleep quality is very prevalent in elderly population and generates repercussions on their quality of life. For this reason, the present research aimed to measure the sleep quality and quality of life in the members of a Center for the Elderly of EsSalud in Chiclayo-Peru during July-October of 2020 and describe their sociodemographic and clinical characteristics. The study was quantitative, observational, descriptive and cross-sectional; had a population of 165 elderly members of a Center for the Elderly of EsSalud in Chiclayo, to whom these questionnaires were applied: Pittsburgh Sleep Quality Index (ICSP) and World Health Organization Quality of Life, brief version (WHOQOL-BREF); to measure sleep quality and quality of life, respectively. The results indicated that 87.3% of the participants presented a poor sleep quality; however, only 22.4% of respondents showed a poor quality of life. Pearson's correlation coefficient was -0.338 ($p < .001$), concluding that quality of sleep and quality of life have a moderate negative correlation, but significant. Also, 67.3% of the participants were female, 60% had higher education, 67.9% were married, 0.6% still worked, 13.9% had polypharmacy and 63% indicated comorbidities.

Keywords: Sleep, quality of life, elderly (Source: MeSH-NLM)

Introducción

En la actualidad existe una tendencia global al aumento de la esperanza de vida y el descenso de la mortalidad entre las personas adultas mayores.(1) Dichos cambios demográficos no han sido ajenos a nuestro país, la proporción de la población adulta mayor peruana aumentó de 5,7% en el año 1950 a 10,7% en el año 2019.(2)

Las personas adultas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en su comunidad o en la sociedad en general; sin embargo, su contribución dependerá en gran medida de su estado de salud. Si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para este grupo poblacional y para la sociedad serán negativas.(1)

En cuanto al sueño, este es un estado de reposo uniforme del organismo que en cantidad y calidad adecuadas restaura el bienestar físico y mental, mejora el estado de ánimo, la concentración y la memoria.(3) Lamentablemente, el proceso de envejecimiento conlleva modificaciones en su arquitectura que deterioran la calidad de sueño del adulto mayor.(4)

La cantidad de horas de sueño tanto insuficiente como excesiva se ha asociado con puntuaciones más bajas de calidad de vida, así como también con comorbilidades tales como depresión, mala cognición, obesidad, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, incluyendo hipertensión, enfermedad coronaria, y accidente cerebrovascular.(5–10)

En un Centro del Adulto Mayor de EsSalud-Lima en el año 2009, se reportó que el 74% de los adultos mayores presentaban mala calidad de sueño, el 38.4% somnolencia diurna y el 75.3% mala higiene del sueño.(11)

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PLANPAM) señala que asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante el envejecimiento saludable, es una de las obligaciones y prioridades de las políticas sociales del Estado. (12) No obstante, cabe resaltar que el PLANPAM no menciona la importancia que tiene el sueño sobre la calidad de vida del adulto mayor.

En conclusión, la mala calidad de sueño es muy prevalente en la población adulto mayor y generalmente se le suele asociar a un proceso normal propio del envejecimiento siendo ignorado o infravalorado por el personal de salud, sin considerar las repercusiones que conlleva sobre su calidad de vida ni la morbimortalidad adicional que les genera. Esto se traduce a su vez en una mayor sobrecarga sanitaria y social. (13)

Ante dicha premisa, se formuló el siguiente problema: ¿Cuál es la calidad de sueño y la calidad de vida en los integrantes de un Centro del Adulto Mayor (CAM), EsSalud Chiclayo-Perú durante julio-octubre del año 2020?

Por consiguiente, se propuso como objetivo general: medir la calidad de sueño y calidad de vida en los integrantes de un CAM de EsSalud Chiclayo-Perú durante julio-octubre del año 2020. Así mismo, se plantearon tres objetivos específicos: medir la calidad de sueño; medir la calidad de vida; y describir las características sociodemográficas y clínicas de los integrantes de dicho CAM en este período.

Los resultados de este estudio permitieron ampliar la escasa información que existe acerca de la calidad de sueño y la calidad de vida de la población adulto mayor de nuestra región, con la finalidad de contribuir en la mejora del abordaje médico integral del adulto mayor haciendo énfasis en la importancia de la prevención, detección y tratamiento oportuno de los trastornos del sueño por el personal de salud, así como en la promoción de medidas básicas de higiene del sueño.

Revisión de literatura

Lubetkin E et al. en el año 2017 realizó un estudio transversal en Estados Unidos, reportó que más de un tercio de los adultos mayores participantes informaron una duración de sueño subóptima. La corta duración del sueño (6 horas o menos por noche) tuvo un mayor impacto adverso en la morbilidad, con reducciones en la calidad de vida; mientras que la larga duración del sueño (10 horas o más por noche) tuvo un mayor impacto adverso sobre la mortalidad. Así mismo, los participantes que dormían 10 o más horas por noche presentaron AVACs medios significativamente más bajos que los encuestados que reportaron entre 7 y 9 horas de sueño por noche (7.8 vs 17.6 AVACs respectivamente).(14)

Un metaanálisis en el año 2016 realizado por Da Silva A et al. indicó que tanto larga como corta duración del sueño se ha asociado a un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas en las personas adultas mayores, comparado con la categoría de referencia de 7 a 8 horas de sueño por noche.(6)

Faubel R y col. en una cohorte realizada en España del 2001 al 2003 encontró en una población de adultos mayores, que los participantes que dormían 7 a 8 horas comparados con los que tenían horas extremas de sueño (menor o igual a 5 horas y mayor o igual a 10 horas) realizaban actividad física, tenían menor edad, un nivel educacional superior, mayor cantidad de vínculos sociales, menor número de enfermedades crónicas, menor frecuencia de deterioro cognitivo y puntuaciones más altas de calidad de vida.(5)

Uchmanowicz I et al. en Polonia, en el año 2019, realizó un estudio transversal donde reportó que el 59% de los participantes experimentaron insomnio y el 39% presentó somnolencia diurna; siendo esta, asociada negativamente con la calidad de vida auto percibida por los participantes. También se demostró que el insomnio podría verse influenciado por la edad avanzada, la actividad ocupacional, el sobrepeso y una mayor duración de la enfermedad en pacientes hipertensos.(15)

En Chile en el año 2014, Duran S y col. encontraron que los adultos mayores que auto reportaban dormir entre 7.0 a 8.5 h por noche tenían mayor calidad de vida, sentimiento de realización, compromiso sobre su salud y nutrición, realizaban ejercicio con regularidad, contaban con apoyo interpersonal y manejaban mejor el estrés que aquellos que refirieron dormir < 7.0 h o > 8.5 h por noche.(4)

En un Centro del Adulto Mayor EsSalud de Lima, Tello RT en el año 2009 reportó que el 74% de los adultos mayores mostraron una mala calidad de sueño, el 38,4% somnolencia diurna y el 75,3% tenía mala higiene del sueño. Así mismo, dentro del grupo de participantes con mala calidad de sueño, el 74,1% presentó también una higiene del sueño mala; sin embargo, la asociación no fue significativa.(11)

Mariana G y col. en el año 2015 realizó un estudio transversal en un Centro del Adulto Mayor de EsSalud en Chiclayo-Perú, encontró una mala calidad de sueño en el 77,6% y una mala higiene del sueño en el 72,7% de los adultos mayores. Además, el 57% de los participantes con mala calidad de sueño presentaron igualmente mala higiene del sueño.(16)

En las últimas décadas, la población adulta mayor ha experimentado un importante crecimiento a nivel global que resulta determinante en nuestra sociedad actual; sin embargo, la magnitud de sus aportes variará en función de su estado de salud.(1,2)

El sueño de calidad resulta imprescindible para el equilibrio psíquico y físico de los individuos, en cantidad y calidad adecuadas tiene la capacidad de restaurar la homeostasis corporal, restablecer almacenes de energía celular y consolidar la memoria.(3) Lamentablemente, el envejecimiento

conlleva una disminución de la duración del sueño nocturno; así como sueño más ligero y fragmentado, caracterizado por despertares nocturnos y por ende somnolencia diurna.(4)

En cuanto a la calidad de vida, esta es percibida por el adulto mayor en la “medida en que este logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas”; por consiguiente, su vejez será vivida como la continuación de un proceso vital o como una fase de declinación funcional y aislamiento social. Por ello, el adulto mayor necesita ser partícipe de la sociedad por su propio bienestar y a su vez la sociedad requiere la contribución activa de este sector poblacional.(17)

- **Persona adulta mayor:** Persona de 60 años a más.(12)
- **Características sociodemográficas:** Conjunto de características biológicas, socioculturales presentes en una población.
 - **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.
 - **Sexo:** Conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.
 - **Grado de instrucción:** Mayor grado de estudios concluidos o en curso, sin tener en cuenta si han quedado incompletos.
 - **Estado civil:** Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra, mediante lazos jurídicamente reconocidos, componiendo una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.
 - **Situación ocupacional:** Situación de una persona económicamente activa en relación a su empleo actual o anterior (desempleado).
- **Características clínicas**
 - **Polifarmacia:** Se describe cuantitativamente como el uso de cinco o más medicamentos por un paciente, incluyendo aquellos sin fórmula médica y los suplementos herbales.(19)
 - **Comorbilidades:** Entidad clínica adicional que acontece durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad bajo estudio.(20)
- **Calidad de sueño:** Alude al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día; es determinante para la salud y calidad de vida.(18, 21)
 - **Calidad subjetiva del sueño:** Calidad percibida del sueño.
 - **Latencia del sueño:** Periodo de tiempo desde el comienzo del sueño hasta la aparición del primer sueño REM.
 - **Duración del sueño:** Horas de sueño dormidas.
 - **Eficiencia del sueño:** Relación entre número de horas dormidas y el número de horas permanecidas en cama.
 - **Disfunción diurna:** Expresada como somnolencia diurna que interrumpa con las actividades diarias.
- **Calidad de vida:** Auto percepción de un individuo sobre su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive; guarda relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Su concepción está influenciada por el estado de salud físico y psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y el entorno.(22)

Materiales y métodos

3.1. Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal.

3.2. Diseño muestral

3.2.1. Población

➤ Población Diana

Adultos mayores integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo.

➤ Población Accesible

Adultos mayores integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo durante los meses julio-octubre del año 2020.

➤ Población Elegible

Adultos mayores integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo durante los meses julio-octubre del año 2020 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2. Cálculo de muestra

El cálculo de la muestra se obtuvo con ayuda del programa EPIDAT versión 4.2 Se registraron 300 adultos mayores asistentes al Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo entre los años 2017-2018, se consideró un nivel de confianza del 95%, con un efecto de diseño de 1 y una prevalencia anticipada de 74% de adultos mayores con mala calidad de sueño. (11) Obteniéndose así un tamaño de muestra de 150 adultos mayores. Considerando un porcentaje de pérdida de 10% se estimó una cantidad de 165 adultos mayores.

3.2.3. Muestreo

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyéndose a todos los pacientes que cumplan con los criterios de selección. Se optó por esta técnica de muestreo debido a que la recolección de datos se vio dificultada por la alta negativa a participar en el estudio por parte de los integrantes del CAM, quienes se encontraban bajo aislamiento social ante el contexto de la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2.

3.2.4. Criterios de selección

➤ Criterios de inclusión

Adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo que aceptaron ser parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

➤ **Criterios de exclusión**

Adultos mayores de habla no hispana, presencia de déficit visual y/o auditivo, presencia de enfermedad aguda, enfermedad crónica agudizada u hospitalizados y la presencia de enfermedad neuropsiquiátrica con alteración neurocognitiva.

3.3. Proceso de recolección de datos

3.3.1. Técnicas e instrumentos

➤ **Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI)**

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) diseñado y validado por Buysse et al en 1989, es un cuestionario autoadministrado. Comprende 19 ítems autoevaluados por el paciente que se agrupan en 7 componentes: calidad de sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada uno de ellos se puntúa de 0-3, la suma de todos los componentes nos permite conocer la puntuación total del ICSP (0-21 puntos), así pues, una puntuación mayor representa una peor calidad de sueño.(23)

La confiabilidad fue elevada tanto para los 19 elementos como para los siete dominios tanto en la versión original americana por Buysse (α de Cronbach = 0.83) como en la española por Royuela y Macías en 1997 (α de Cronbach = 0.81), mientras que la validación colombiana por Escobar y Eslava en 2005 y la validación peruana por Solis y col en el 2015 mostraron una disminución en la consistencia interna (α de Cronbach = 0.78 y 0.56 respectivamente).(23–26)

Así mismo, Buysse encontró una sensibilidad del 89.6% y una especificidad del 86.5% para un corte mayor de 5 puntos para malos dormidores. Royuela y Macías, con el mismo punto de corte, reportaron una sensibilidad de 88.63% y especificidad de 74.99%; además, el valor pronóstico de la prueba positiva (VPP) fue del 80.66%.(23–26)

➤ **WHOQOL-BREF**

El WHOQOL-BREF es una versión abreviada del WHOQOL-100 desarrollada por el WHOQOL-Group en 1998, que consta de 26 preguntas de escala tipo Likert, de las cuales 2 son generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, los 24 restantes se agrupan y evalúan la calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este instrumento considera que la calidad de vida es un constructo multidimensional; así pues, cada dimensión tiene un puntaje independiente, que es transformado en una escala del 0-100, puntuaciones mayores indican una mejor calidad de vida.(27–29)

En cuanto a su confiabilidad, se reporta valores α de Cronbach mayores a 0.70 para todas las dimensiones y un α =.0895 para el global, lo que indica una consistencia alta del instrumento.(28)

Silva y col en el 2014 indicaron un valor crítico de 60 como el punto de corte óptimo para evaluar la calidad de vida auto percibida y la satisfacción con salud. En consecuencia, puntuaciones totales ≥ 60 indicarían una buena calidad de vida con una sensibilidad del 76.8% y especificidad del 63.8%; mientras que puntuaciones totales <60 indicarían una mala calidad de vida con una sensibilidad del 95.0% y especificidad del 54.4%.(30)

Se realizó una prueba piloto a 20 personas con el cuestionario ICSP, el cual actualmente cuenta con validación peruana, para el entrenamiento de los encuestadores. De igual forma, se llevó a cabo otra prueba piloto de 25 personas con el cuestionario WHOQOL-BREF, validación chilena, con fines tanto de validación cultural como de entrenamiento para los encuestadores.

3.3.2. Recolección de datos

Una vez obtenida la base de datos brindada por el Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo sobre sus integrantes se procedió a la recolección de datos, la cual se realizó durante los meses julio-octubre del 2020 por vía telefónica ante el contexto de confinamiento instaurado durante la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2. A los integrantes del CAM que cumplieron los criterios de selección se les leyó el consentimiento informado previo al inicio de la entrevista; una vez aceptado el mismo, se procedió a aplicar los cuestionarios de calidad de sueño (ICSP) y posteriormente el de calidad de vida (WHOQOL-BREF). El tiempo destinado para el llenado de ambos cuestionarios fue de aproximadamente 30 minutos. En este proceso se contó con el apoyo de 2 encuestadores previamente capacitados con ayuda de la asesora del proyecto, los cuales fueron remunerados económicamente. Una vez finalizada la entrevista telefónica se les proporcionaron dípticos informativos sobre las medidas básicas de higiene del sueño a los participantes vía WhatsApp.

3.3.3. Operacionalización de variables

Tabla N° 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Sexo	Masculino		Nominal
		Femenino		Nominal
	Edad	Años cumplidos		Razón
	Grado de instrucción	Ninguno		Ordinal
		Primaria		Ordinal
		Secundaria		Ordinal
		Superior		Ordinal
	Estado civil	Soltera		Nominal
		Casada		Nominal
		Viuda		Nominal
		Divorciada		Nominal
		Conviviente		Nominal
Situación	Trabaja		Nominal	

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	ocupacional	No trabaja		Nominal	
	Hospitalizaciones	Número de hospitalizaciones		Razón	
	Polifarmacia	Sí			Nominal
		No			Nominal
	Comorbilidades	Diabetes Mellitus	Sí		Nominal
			No		Nominal
		Hipertensión arterial	Sí		Nominal
			No		Nominal
		ERC	Sí		Nominal
			No		Nominal
		Insuficiencia cardíaca	Sí		Nominal
			No		Nominal
	Enfermedad coronaria	Sí		Nominal	
		No		Nominal	
	Otros			Nominal	
CALIDAD DE SUEÑO (ICSP)	Calidad subjetiva del sueño	Calidad de sueño auto percibida	<5 = Sin problemas de sueño	Ordinal	
	Latencia de sueño	Tiempo que tarda en conciliar el sueño			
	Duración del sueño	Horas dormidas durante la noche	5-7 = Merece atención médica	Ordinal	
	Eficiencia del sueño	Número de horas dormidas/número de horas en cama			
	Perturbaciones del sueño	Problemas para dormir	8-14 = Merece atención y tratamiento médico	Ordinal	
	Uso de medicación hipnótica	Consumo de medicinas para dormir			
	Disfunción diurna	Somnolencia y	>15 = Se trata	Ordinal	

		desánimo durante el día	de un problema de sueño grave	
CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)	Salud física	Dolor físico		
		Dependencia de medicinas		
		Energía		
		Movilidad		
		Sueño		
		Capacidad de trabajo	≥ 60 = Buena calidad de vida	Ordinal
	Salud psicológica	Sentimientos positivos y negativos		
		Autoestima		
		Espiritualidad		
		Concentración		
	Relaciones sociales	Relaciones interpersonales		
		Actividad sexual		
		Apoyo social		
	Ambiente	Libertad y seguridad		
Ambiente físico		<60 = Mala calidad de vida	Ordinal	
Recursos económicos				
Acceso a información y servicios básicos				
Actividades de ocio				

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Todos los datos obtenidos se codificaron e introdujeron en una base de datos en Microsoft Excel 2019. Para el análisis descriptivo univariado las variables cualitativas se presentaron como frecuencias y porcentajes; y las variables cuantitativas de acuerdo con la distribución normal, se presentó la correlación, media y desviación estándar.

3.5. Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (RESOLUCIÓN N.º 019-2022-USAT-FMED) y posteriormente del Comité de Ética y al Comité de Investigación del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (CONSTANCIA N.º 033).

La participación en el estudio fue voluntaria, el consentimiento informado fue previamente presentado y explicado por los encuestadores para facilitar su comprensión. En este se detalló el propósito del estudio y los procedimientos a realizar, los posibles riesgos y beneficios, la confidencialidad de los datos y los derechos de los participantes, como la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio si así lo deseaba.

Los datos recolectados tienen carácter confidencial, es decir que la información es resguardada por el investigador y solo él tiene acceso a estos mediante su computadora personal. Se asignaron códigos a cada participante durante el análisis de datos, los cuales una vez procesados serán almacenados por 2 años para posteriores auditorias, pasado este tiempo la base se eliminará.

Así mismo, en caso de identificar algún caso de gravedad clínica durante la recolección de datos, este será notificado a las autoridades pertinentes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud-Chiclayo para que se puedan brindar las atenciones necesarias con la mayor brevedad posible.

Resultados y discusión

En las últimas décadas, la población adulta mayor ha experimentado un importante crecimiento demográfico tanto a nivel global como nacional; al mismo tiempo, la mala calidad de sueño es muy prevalente en esta población producto del propio envejecimiento, lo que a su vez genera repercusiones importantes sobre su calidad de vida.(1-4) Por ello, se buscó medir la calidad de sueño y calidad de vida en los integrantes de un CAM de EsSalud Chiclayo, a la vez que describir sus características sociodemográficas y clínicas.

Así pues, se contó con la participación de 165 adultos mayores con una edad media de 75.3 años, el 67.3% (111 personas) perteneció al sexo femenino y el 32.7% (54 personas) al sexo masculino. Esto concuerda con lo reportado por la literatura internacional, en gran medida debido a que el sexo femenino es más prevalente a nivel mundial; así mismo, las mujeres tienden a ser más sociables que los hombres, lo que podría explicar una mayor proporción de mujeres en centros recreativos como el CAM.(15)

Dentro de las otras características sociodemográficas a destacar, se encontró que el 60% (99 personas) de los encuestados contaba con educación superior; el 67.9% (112 personas) estaba casado y el 27.3% (45 personas) era viudo; y el 99.4% (164 personas) no trabajaba. Un nivel educacional superior, el vínculo conyugal y social, un menor número de enfermedades crónicas, la actividad física y la estimulación cognitiva se asocia a puntuaciones más altas de calidad de sueño y calidad de vida.(5)

Tabla N°2: Características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

VARIABLE	N	PORCENTAJE
Edad		
60-69	34	20.6%
70-79	87	52.7%
>80	44	26.7%
Sexo		
Femenino	111	67.3%
Masculino	54	32.7%
Grado de instrucción		
Primaria	17	10.3%
Secundaria	49	29.7%
Superior	99	60.0%
Estado civil		
Casado	112	67.9%
Divorciado	7	4.2%
Soltero	1	0.6%
Viudo	45	27.3%
Ocupación		
No trabaja	164	99.4%
Trabaja	1	0.6%
Polifarmacia		
Si	23	13.9%
No	142	86.1%
Comorbilidades		
Si	104	63.0%
No	61	37.0%

De igual manera, las características clínicas a resaltar son la presencia de comorbilidades en el 63% (104 personas) de los participantes, siendo la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM) y la artrosis (ART) las más prevalentes, en el 57% (94 personas), en el 15.2% (25 personas) y en el 19% (32 personas) de los encuestados respectivamente. Así como la presencia de polifarmacia en el 13.9% (23 personas) de los adultos mayores. Estos resultados son similares a los reportados por Mariana G y col. en el año 2015 en un CAM de EsSalud en Chiclayo, donde encontró una prevalencia de HTA en el 43.6%, DM en el 20% y ART en el 26.7% de los participantes; así mismo se reportó polifarmacia en el 33,3% de los encuestados.(15) La presencia de comorbilidades y polifarmacia pueden ser tanto una causante como una consecuencia de la mala calidad de sueño y/o calidad de vida; así pues, la restricción del sueño tiene efectos fisiológicos adversos como la hipertensión, inadecuado control glicémico e incremento de marcadores inflamatorios. Del mismo modo, un exceso en las horas de sueño también se ha relacionado con un deterioro en la calidad de vida y una mayor mortalidad por todas las causas en adultos mayores.(5)

Tabla N°3: Comorbilidades de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

COMORBILIDADES	N	%
Hipertensión arterial	94	57%
Diabetes Mellitus	25	15%
Artrosis	32	19%
Insuficiencia cardiaca	9	5%
Enfermedad renal crónica	5	3%
Enfermedad coronaria	1	1%
Otras comorbilidades	106	64%

En cuanto a la calidad de sueño, el 87.3% (144 personas) de los participantes presentó una mala calidad de sueño y el 12.7% (21 personas) no tenían problemas de sueño. Siendo 9 el puntaje medio obtenido con una desviación estándar de 3.69. Del total de participantes, el 4.8% (8 personas) auto percibía su calidad de sueño como bastante buena, el 58.8% (97 personas) como buena, el 36.4% (60 personas) como mala y ninguno como bastante mala. La prevalencia de mala calidad de sueño en este estudio es mayor a la reportada por Tello RT en el año 2009, en un CAM de EsSalud en Lima, donde el 74% (54 personas) de los adultos mayores presentaban una mala calidad de sueño, además solo el 9.6% (7 personas) mostró una auto percepción de calidad de mala y muy mala.(11) De igual manera, el estudio realizado por Mariana G. en el 2015 encontró que el 77.6% (128 personas) de participantes tenía mala calidad de sueño.(15) Así pues, aunque estas variaciones podrían ser explicadas por una tendencia hacia una mayor prevalencia de la mala calidad de sueño a lo largo de los años; posiblemente se deba a la coyuntura de pandemia y confinamiento durante la cual fueron recolectados los datos pues tanto la salud física como mental ejercen un rol determinante sobre el sueño. De igual modo, resulta llamativo que más del 60% de los participantes auto percibiera su calidad de sueño como buena; esto nos habla de la poca percepción que tienen sobre su calidad de sueño como problema.

Del grupo con mala calidad de sueño, el 64.6% (93 personas) eran mujeres y el 35.4% (51 personas) eran hombres; el 19.4% (28 personas) tenían de 60-69 años, el 53.5% (77 personas) tenían de 70-79 años y el 27.1% (39 personas) eran mayores de 80 años. Es decir, el 82.4%, 88.5% y 88.6% de los integrantes de cada grupo etario respectivamente presentó una mala calidad de sueño. El proceso del envejecimiento conlleva cambios en la arquitectura del sueño, así como numerosos problemas de salud que influyen en la calidad de sueño; por ello es de esperar que la prevalencia de mala calidad de sueño sea mayor en los grupos de mayor edad.(6)

Tabla N°4: Calidad de sueño de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

CALIDAD DE SUEÑO (ICSP)	N	%
Problema de sueño grave	13	7.9%
Merece atención y tratamiento médico	107	64.9%
Merece atención médica	24	14.5%
Sin problemas de sueño	21	12.7%
Total general	165	100%

Tabla N°5: Media y desviación estándar de la calidad de sueño de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

CALIDAD DE SUEÑO	
	TOTAL (ICSP)
N	165
Media	9
Desviación estándar	3.69

En relación a las perturbaciones del sueño más frecuentes, el 92% (151 personas) de los participantes refirió despertarse durante la madrugada una o más veces a la semana; de igual modo, el 90% (149 personas) refirió despertares por la necesidad de ir al baño, el 68% (113 personas) no pudo conciliar el sueño en la primera media hora y el 6% (10 personas) refirió sufrir dolores variados durante la madrugada. Los resultados difieren en gran medida a los reportados por Tello RT, donde solo el 27.4% (18 personas) de los participantes presento perturbaciones del sueño frecuentes por todas las causas.(11) Por otro lado, las apneas del sueño son causa frecuente de despertares nocturnos en estudios norteamericanos como reporta Lubetkin E et al. en su estudio transversal en Estados Unidos del año 2017; así mismo señala que el 70% de los adultos mayores participantes presentó sobrepeso u obesidad, factor de riesgo importante para apnea del sueño, lo que explicaría este contraste en los hallazgos. (13)

Así pues, el 24.2% (40 personas) y el 11.5% (19 personas) de los participantes refirió una moderada y severa disfunción diurna respectivamente. Mientras que la frecuencia de uso de medicación para dormir fue de 37.6% (62 personas), sin embargo, solo el 38.7% (24 personas) de los usuarios refirió contar con una indicación médica para su consumo; es decir, casi el 60% de los participantes estaría automedicándose. De manera similar, Tello RT reportó en su estudio una frecuencia de somnolencia diurna del 38.4% (28 personas) y el uso de medicación para dormir en el 23.2% (17 personas) de adultos mayores participantes. (11)

Tabla N°6: Media y desviación estándar de la calidad de sueño de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

PERTURBACIONES DEL SUEÑO	N	%
No puede dormir la primera media hora		
Ninguna vez en el mes	52	32%
Una o más veces a la semana	113	68%
Se despierta durante la madrugada		
Ninguna vez en el mes	14	8%
Una o más veces a la semana	151	92%
Tener que levantarse para ir al baño		
Ninguna vez en el mes	16	10%
Una o más veces a la semana	149	90%
No puede respirar bien		

Ninguna vez en el mes	161	98%
Una o más veces a la semana	4	2%
Toser o roncar ruidosamente		
Ninguna vez en el mes	160	97%
Una o más veces a la semana	5	3%
Sentir frío		
Ninguna vez en el mes	153	93%
Una o más veces a la semana	12	7%
Sentir demasiado calor		
Ninguna vez en el mes	160	97%
Una o más veces a la semana	5	3%
Tener pesadillas		
Ninguna vez en el mes	159	96%
Una o más veces a la semana	6	4%
Sufrir dolores		
Ninguna vez en el mes	155	94%
Una o más veces a la semana	10	6%

Respecto a la calidad de vida, el 77.6% (128 personas) presentó una buena calidad de vida y el 22.4% (37 personas) una mala calidad de vida. Siendo 65 el puntaje medio obtenido con una desviación estándar de 7.64. Del total de participantes, el 7.3% (12 personas) auto percibía su calidad de vida como muy buena, el 52.8% (87 personas) como buena, el 37.6% (62 personas) como regular, el 2.4% (4 personas) como mala y ninguno como muy mala. Adicionalmente, el 6% (10 personas) auto percibía su salud como muy buena, el 62.4% (103 personas) como buena, el 26.7% (44 personas) como regular, el 4.9% (8 personas) como mala y ninguno como muy mala.

Del grupo con mala calidad de vida, el 45.9% (17 personas) eran mujeres y el 54.1% (20 personas) eran hombres; el 13.5% (5 personas) tenían de 60-69 años, el 56.8% (21 personas) tenían de 70-79 años y el 29.7% (11 personas) eran mayores de 80 años. Es decir, el 14.7%, 24.1% y 25% de los integrantes de cada grupo etario respectivamente presentó una mala calidad de vida. Al igual que ocurre con la calidad de sueño, existe una tendencia al deterioro de la calidad de vida a medida que pasan los años como consecuencia del propio envejecimiento.(6)

Tabla N°7: Calidad de vida de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

Calidad de vida (WHOQOL-BRIEF)	N	%
Buena calidad de vida	128	77.6%
Mala calidad de vida	37	22.4%
Total general	165	100%

Tabla N°8: Media y desviación estándar de la calidad de vida de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

CALIDAD DE VIDA	
TOTAL (WHOQOL-BRIEF)	
N	165
Media	65
Desviación estándar	7.64

Cabe resaltar que casi el 80% de participantes mostraron una buena calidad de vida a pesar de encontrarse bajo confinamiento y aislamiento social debido a la pandemia por COVID-19. Este peculiar hallazgo podría explicarse debido a que, si bien las actividades presenciales realizadas por el CAM se vieron suspendidas, se implementaron una serie de actividades virtuales a través de plataformas digitales como Zoom y WhatsApp, entre las que se encontraban reuniones sociales entre los integrantes, sesiones grupales e individuales con psicólogos y médicos, de manera remota. Por consiguiente, dicho conjunto de medidas instauradas por parte del personal del CAM de EsSalud Chiclayo habría mitigado el deterioro de la calidad de vida de sus integrantes; sin embargo, al ser este un estudio descriptivo no ha sido posible hacer una mayor determinación, por lo que se invita a posteriores estudios analíticos sobre el tema.

Cabe recalcar que en este estudio los dominios con puntuaciones medias más bajas fueron el psicológico y el ambiental, ambos con 56/100 puntos; mientras que tanto el físico como el social alcanzaron un puntaje medio de 69/100. Estas variaciones podrían explicarse debido al confinamiento bajo el que se encontraban los encuestados durante el estudio, pues dentro de los ítems del dominio psicológico se consideraban los sentimientos de positividad o negatividad, imagen corporal, satisfacción personal, entre otros; mientras que en el dominio ambiental se consideraba el sentimiento de libertad, de seguridad, recursos económicos, participación en actividades de recreación y accesibilidad a sistemas de salud por mencionar algunos. Es de esperar que, ante el contexto de una pandemia estos dominios se vean más afectados.

En cuanto al coeficiente de correlación de Pearson fue de -0.338 ($p < .001$), concluyendo que la calidad de sueño y la calidad de vida tienen correlación negativa moderada, pero significativa. Puesto que, el 87.3% de los participantes presentó una mala calidad de sueño y el 77.6% presentó una buena calidad de vida; y ante la ausencia de una posible explicación directa para este hallazgo, se sospecha de variables confusoras que habrían ocasionado un sesgo de confusión, el cual podría justificar esta correlación.

Tabla N°9: Correlación entre la calidad de sueño y la calidad de vida de los adultos mayores integrantes del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú, 2020

MATRIZ DE CORRELACIÓN		
		TOTAL (ICSP)
TOTAL (WHOQOL-BRIEF)	Pearson's r	-0.338
	p-value	< .001

Conclusiones

La calidad de sueño fue mala en el 87.3% de los adultos mayores integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú durante julio-octubre del año 2020, siendo el 7.9% un problema de sueño grave, el 64.9% merece atención y tratamiento médico y el 14.5% merece atención médica. Solo el 12.7% no presentó problemas de sueño.

La calidad de vida fue buena en el 77.6% de los participante, esto podría explicarse debido a la implementación de una serie de actividades virtuales a través de plataformas digitales como Zoom y WhatsApp por parte del personal del CAM durante el confinamiento.

Las características sociodemográficas predominantes fueron: sexo femenino, instrucción superior, casados y no trabajadores; en cuanto a las características clínicas, solo una minoría presentó polifarmacia y más de las dos terceras partes presentó comorbilidades, siendo HTA, DM y ART las más prevalentes.

La calidad de sueño y la calidad de vida en los adultos mayores encuestados tuvo un coeficiente de correlación de Pearson de -0.338 ($p < .001$); es decir, una correlación negativa moderada, pero significativa.

Recomendaciones

Se recomienda al Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo y a todo el personal de salud, sobre todo aquellos a cargo del cuidado del adulto mayor; hacer énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los trastornos del sueño, así como en la promoción de las medidas básicas de higiene del sueño con miras a mejorar su calidad de sueño.

De igual forma, se sugiere continuar y reforzar las actividades virtuales realizadas por parte del personal del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo durante la pandemia, pues estas habrían tenido un refuerzo positivo sobre la calidad de vida de sus integrantes. Así mismo, se incita al resto de centros recreativos para adultos mayores en nuestro país, implementen dichas medidas si es que aún no lo han hecho.

Por último, se invita a otros investigadores a realizar nuevos estudios posteriores a la pandemia, para ampliar y contrastar los datos obtenidos en esta investigación.

Referencias

1. Organización Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor: Enero-Febrero-Marzo 2019 [Internet]. Lima; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2GdlmG5>
3. Birchler-Pedross A, Schröder CM, Münch M, Knoblauch V, Blatter K, Schnitzler-Sack C, et al. Subjective well-being is modulated by circadian phase, sleep pressure, age, and gender. *J Biol Rhythms*. 2009;24(3):232-42.
4. Durán S, Mattar P, Bravo N, Moreno C, Reyes S. Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. *Rev Med Chile*. 2014;142:1371-6.
5. Faubel R, Lopez-Garcia E, Guallar-Castillón P, Balboa-Castillo T, Gutiérrez-Fisac JL. Sleep

- Duration and Health-Related Quality of Life among Older Adults: A Population-Based Cohort in Spain. *Sleep*. 2009;32(8):1059-68.
6. Da Silva AA, De Mello RGB, Schaan CW, Fuchs FD, Redline S, Fuchs SC. Sleep duration and mortality in the elderly: A Systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(2):1-13.
 7. Hossin MZ. From habitual sleep hours to morbidity and mortality: Existing evidence, potential mechanisms, and future agenda. *Sleep Heal* [Internet]. 2016;2(2):146-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2016.01.006>
 8. Devore EE, Grodstein F, Duffy JF, Stampfer MJ, Czeisler CA, Schernhammer ES. Sleep duration in midlife and later life in relation to cognition. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(6):1073-81.
 9. Yang X, Chen H, Li S, Pan L, Jia C. Association of Sleep Duration with the Morbidity and Mortality of Coronary Artery Disease: A Meta-analysis of Prospective Studies. *Hear Lung Circ* [Internet]. 2015;24(12):1180-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2015.08.005>
 10. Zhai L, Zhang H, Zhang D. Sleep duration and depression among adults: A meta-analysis of prospective studies. *Depress Anxiety*. 2015;32(9):664-70.
 11. Tello T, Varela L, Ortiz P, Chávez H, Revoredo C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. *Acta Med Per*. 2009;26(1):22-6.
 12. Dirección general de personas adultas y mayores. Plan Nacional de Personas Adultas Mayores PLANPAM 2013-2017 [Internet]. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2013. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf
 13. McCall WV. Sleep in the Elderly: Burden, Diagnosis, and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2004;6(1):9-20.
 14. Lubetkin EI, Jia H. Burden of disease due to sleep duration and sleep problems in the elderly. *Sleep Heal* [Internet]. 2018;4(2):182-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.11.007>
 15. Uchmanowicz I, Markiewicz K, Uchmanowicz B, Kołtuniuk A, Rosińczuk J. The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension. *Clin Interv Aging*. 2019;14:155-65.
 16. Ganoza-Granados M, Gonzales-Mechán M, Leguía-Cerna J. Calidad e higiene del sueño en asistentes al centro del adulto mayor de EsSalud Chiclayo, Perú 2015. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2018;3(3):79-86.
 17. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An la Fac Med*. 2013;68(3):284.
 18. González I, Prados T. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*. 2015;26(4):123-6.
 19. Grimmsmann T, Himmel W. Polypharmacy in primary care practices: an analysis using a large health insurance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009;18:1206-13.

20. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis.* 1970;23(7):455-68.
21. Borquez P. Sleep quality, daytime sleepiness and self-perceived health university students. *Eureka en Línea.* 2011;8(1):80-90.
22. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9.
23. Buysse D, Reynolds C, Monk T, Berman S, Kupfer D. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Res.* 1989;28:193-213.
24. Rico A, Fernández M. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño.* 1997;9(2):81-94.
25. Escobar-Córdoba F, Eslava-Schmalbach J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev Neurol [Internet].* 2005;40(3):150-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15750899>
26. Luna Y, Robles Y, Agüero Y. Validación del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *An Salud Ment.* 2015;31(2):23-30.
27. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychol Med.* 1998;28:551-8.
28. Huerta JAL, Romo RAG, Tayabas JMT. Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO Qol BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Rev Iberoam Diagnostico y Eval Psicol.* 2017;2(44):105-15.
29. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores Chilenos. *Rev Med Chile.* 2011;139(5):579-86.
30. Silva P, Soares S, Santos J, Silva L. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(3):390-7.

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGADORES: Mauricio Eduardo Portocarrero Flores y Dra. Rosa Elizabeth Guarniz Lozano

TÍTULO: Calidad de sueño y calidad de vida en integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú 2020

Propósito del Estudio

Lo(a) invitamos a participar en un estudio llamado: “Calidad de sueño y calidad de vida en integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú 2020”

Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT) con el objetivo de medir la calidad de sueño y la calidad de vida en integrantes a un Centro del Adulto Mayor de EsSalud en Chiclayo. Se espera que la información obtenida de paso a la elaboración de nuevas estrategias en miras a mejorar el abordaje integral de los adultos mayores.

Procedimientos

Si usted participa en este estudio, se le realizarán algunas preguntas sobre la percepción que tiene de su calidad de sueño y de su calidad vida, mediante un par de cuestionarios que le tomará en llenar aproximadamente 15 minutos cada uno (30 minutos en total).

Riesgos

Este estudio no presenta ningún riesgo físico ni psicológico para usted. Para su participación solo se necesita su autorización y la respuesta a las preguntas. Si usted no desea participar en este estudio, no se verá perjudicado (a) de manera alguna.

Beneficios

Los resultados de los cuestionarios le permitirán conocer si posee una buena o mala calidad de sueño y vida. Al finalizar los cuestionarios se le proporcionará un díptico informativo sobre las medidas básicas de higiene del sueño que podrían ayudarle a mejorar su calidad de sueño, así como una serie de recomendaciones para mejorar su calidad de vida.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. De igual forma, no recibirá ningún incentivo económico por su participación.

Confidencialidad

Toda la información incluida en el estudio es de carácter confidencial, los datos recogidos serán almacenados de forma anónima y solo el investigador tendrá acceso a los mismos; de igual forma, si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. La información recolectada será eliminada en un plazo de dos años concluida la investigación.

Derechos del participante

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, siéntase libre de hacernos llegar sus inquietudes. Es importante recalcar que su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación

en el momento que así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Si usted considera que en algún momento se han vulnerado sus derechos o que ha sido tratado injustamente, puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la USAT.

CONSENTIMIENTO

Habiendo leído y comprendido la información presentada, tengo conocimiento de mis derechos como participante y acepto voluntariamente ser parte del estudio: “Calidad de sueño y calidad de vida en integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo-Perú 2020”

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador

Nombre: Mauricio Eduardo Portocarrero Flores

DNI: 72448320

Correo electrónico: mportocarrero98@gmail.com

Fecha:

**ANEXO 3: ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH
VALIDACIÓN PERUANA**

1. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar? (utilice sistema de 24 horas)
Escriba la hora habitual en que se acuesta: / __ / __ /
2. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño) en las noches? /
Escriba el tiempo en minutos: __ / __ / __ /
3. **En las últimas 4 semanas**, habitualmente ¿A qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)
Escriba la hora habitual de levantarse: / __ / __ /
4. **En las últimas 4 semanas**, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por noche?
Escriba la hora que crea que durmió: / __ / __ /
5. **En las últimas 4 semanas**, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:....

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
a. No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora?					
b. Despertarse durante la noche o la madrugada?					
c. Tener que levantarse temprano para ir al baño?					
d. No poder respirar bien?					
e. Toser o roncar ruidosamente?					
f. Sentir frío?					
g. Sentir demasiado calor?					
h. Tener pesadillas o "malos sueños"?					
i. Sufrir dolores?					
j. Otras razones: _____? (Especifique)					

6. **En las últimas 4 semanas**, (marcar la opción más apropiada).

	0. NINGUNA VEZ EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS	1. MENOS DE UNA VEZ A LA SEMANA	2. UNO O DOS VECES A LA SEMANA	3. TRES O MAS VECES A LA SEMANA	NO RESPONDE
6.1 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta?					
6.2 ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico?					

7. En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)

0. NINGUNA VEZ
EN LAS ÚLTIMAS 4
SEMANAS

1. MENOS DE UNA
VEZA LA SEMANA

2. UNO O DOS VECES
A LA SEMANA

3. TRES O MAS VECES
A LA SEMANA

NO RESPONDE

7.1. ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

7.2. ¿Ha representado para usted mucho problema el "mantenerse despierto(a)" cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

0. NADA

1. POCO

2. REGULARO
MODERADO

3. MUCHO
BASTANTE

8. ¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado (a) o entusiasmado (a) al llevar a cabo sus tareas o actividades? (acepte una respuesta).

0. BASTANTE
BUENO

1. BUENO

2. MALO

3. BASTANTE
MALO

9. ¿cómo valoraría o calificaría la calidad de su sueño?

Componente 1.	#9 puntuación	C1.....
Componente 2.	#2 puntuación (menos de 15 min: 0, 16-30 min: 1, 31-60 min: 2, más de 60 min: 3)+#5a puntuación (si la suma es igual a =:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)	C2.....
Componente 3.	#4 puntuación (más de 7:0, 6-7:1, 5-6:2, menos de 5:3)	C3.....
Componente 4	(total # de horas dormido) / (Total # de horas en cama) x100. Mas del 85%:0, 75-84%: 1, 65-74%:2, menos del 65%: 3	C4.....
Componente 5	#Suma de puntuaciones 5b a 5j (0: 0; 1-9:1; 10-18:2; 19-27: 3	C5.....
Componente 6	#6 puntuaciones	C6.....
Componente 7	#7 puntuaciones + #8 puntuaciones (0:0; 1-2:1; 3-4:2; 5-6:3)	C7.....
Sume las puntuaciones de los sietes componentes.....		ICSP puntuación global.....

**ANEXO 4: WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE, VERSIÓN BREVE
(WHOQOL-BREF)**

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

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

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

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?					
2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?					
6 ¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?					
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?					
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Modera- do	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?					
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?					
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?					

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

	Poco satisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?					
17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?					
18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?					
19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?					
20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?					
21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?					
22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?					
24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?					

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

	Nunca	Rara- mente	Mediana- mente	Frecuente- mente	Siempre
26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?					

- **REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA:** El ejercicio físico permite llevar una vida más sana y activa, evitando el envejecimiento prematuro. Se recomienda a los adultos mayores realizar por lo menos 150 minutos semanales de ejercicios físicos de flexibilidad y equilibrio como el yoga; ejercicios de resistencia o aeróbicos como salir a caminar o bailar y ejercicios de musculación con pesas. Se debe realizar los ejercicios de forma pausada y no forzarse de más.⁶
- **EL NIVEL EDUCACIONAL:** La educación proporciona herramientas para una mejor adaptación y aumenta el acceso a oportunidades en la sociedad. Es importante dar paso a un adulto mayor activo, participativo, con intereses y ganas de continuar perfeccionándose a todo nivel ya sea mediante talleres, cursos o actividades de recreación.⁶
- **MANTENER RELACIONES AFECTIVAS:** Recibir y entregar afectos se considera un nutriente esencial para la vida de las personas. Entre los vínculos significativos destacan los afectos familiares, que entregan altas dosis de bienestar en la vejez, sobre todo por el apoyo social que brindan.⁶
- **TENER UNA ACTITUD POSITIVA ANTE LA VIDA:** Se deben cultivar las emociones positivas y el buen humor; privilegiar las experiencias placenteras por sobre los conflictos de la vida. Asumir una actitud positiva ante la vida permite sobrellevar cualquier dificultad y ser más feliz a toda edad.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. González I, Prados T. La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. Gerokomos. 2015;26(4):123-6.
2. Borquez P. Sleep quality, daytime sleepiness and self-perceived health university students. Eureka en Línea. 2011;8(1):80-90.
3. Durán S, Mattar P, Bravo N, Moreno C, Reyes S. Asociación entre calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. Rev Med Chile. 2014;142:1371-6.
4. Da Silva AA, De Mello RGB, Schaan CW, Fuchs FD, Redline S, Fuchs SC. Sleep duration and mortality in the elderly: A Systematic review with meta-analysis. BMJ Open. 2016;6(2):1-13.
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
6. Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua. Guía Calidad de Vida en la Vejez: Herramientas para vivir más y mejor. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011.

ANEXO 5: DÍPTICO INFORMATIVO
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA
 EN EL ADULTO MAYOR**



INVESTIGADOR: Mauricio Eduardo Portocarrero Flores

ASESORA: Dra. Rosa Elizabeth Guarniz Lozano

Chiclayo – 2020

¿POR QUÉ ES NECESARIO DORMIR?

Dormir es una actividad absolutamente necesaria, ya que durante el sueño se restablece el equilibrio físico y psicológico de las personas; se reponen las reservas de energía y se consolida la memoria.¹



¿QUÉ ES LA CALIDAD DE SUEÑO?



Se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día; es importante como factor determinante de la salud y como elemento propiciador de una buena calidad de vida.² Es decir el sueño de calidad es aquel que nos permite realizar nuestras actividades diarias con normalidad, sin sentirnos somnolientos durante el día.

Entonces... ¿CUÁNTAS HORAS DEBO DORMIR?

Diversos estudios concluyeron que los adultos mayores que autoreportan dormir entre 7,0 a 8,5 h por noche presentan mejor calidad de vida y una menor morbimortalidad comparados con los que tenían horas extremas de sueño (menor o igual a 5 horas y mayor o igual a 10 horas por noche).³⁻⁴

Pero... ¿QUÉ ES CALIDAD DE VIDA?

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Está influida por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno.⁵



¿CÓMO PUEDO MEJORAR MI CALIDAD DE SUEÑO?

- Acostarse únicamente si tiene sueño, si no puede conciliar el sueño en 20 minutos levantarse y no acostarse hasta tener sueño.
- Tener un horario fijo diario para acostarse y levantarse.
- No estar en cama más de 8 horas, ya que aumenta el riesgo de tener sueño fragmentado y ligero.
- Usar la cama solo para dormir y tener relaciones sexuales: no ver la televisión, ni escuchar la radio, leer, etc.
- Evitar la siesta, y de mantenerla, ha de ser inferior a 30 minutos.
- Evitar la cafeína y el alcohol, por lo menos durante la tarde.
- Realizar ejercicio diario, evitarlo al menos 3 horas antes de acostarse.
- Mantener el dormitorio a una temperatura adecuada, con niveles mínimos de luz y ruido.
- Evitar cenas copiosas y acostarse mínimo 2 horas después de la cena.
- Evitar tomar bebidas estimulantes o líquidos abundantes antes de acostarse.
- Evitar estímulos mentales o actividades estresantes antes de acostarse.¹

Y... ¿CÓMO PUEDO MEJORAR MI CALIDAD DE VIDA?

- **EL NIVEL DE SALUD:** Las personas con mejor estado de salud, tienden a sentirse más satisfechas con su calidad de vida. Es recomendable acudir con el especialista geriatra para que realice la valoración geriátrica integral.
- **PRACTICAR EL AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:** Si se practican estilos de vida sanos (dieta sana, ingesta de líquidos, ejercicio físico y mental, actividades agradables, alta motivación) entonces probablemente se envejecerá óptimamente.⁶
- **REALIZAR ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS O DE INTERÉS:** Las personas que tienen proyectos de vida y buscan los mecanismos para llevarlos a cabo, se mantienen activas y con ganas de vivir.⁶
- **SENTIMIENTO DE AUTOEFICACIA:** Convicción personal de que se puede realizar con éxito cualquier conducta requerida en una situación dada. Estimular la autonomía para que el adulto mayor pueda seguir tomando el control de su vida facilitará la vejez