



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**SÍNTOMAS DEPRESIVOS E INSOMNIO EN ADULTOS  
MAYORES FRÁGILES ADMITIDOS EN LA UNIDAD GERIÁTRICA  
7C HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2017**

**PRESENTADO POR**

**JUAN CARLOS CARBAJAL SILVA**

**ASESOR**

**GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2018**



**Reconocimiento - Compartir igual  
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO**

**SÌNTOMAS DEPRESIVOS E INSOMNIO EN ADULTOS  
MAYORES FRÁGILES ADMITIDOS EN LA UNIDAD GERIÀTRICA  
7C HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2017**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÒN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GERIATRÌA**

**PRESENTADO POR  
JUAN CARLOS CARBAJAL SILVA**

**ASESORA  
DRA. GEZEL VÀSQUEZ JIMÈNEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

# ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
Portada	
Índice	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	4
1.4.1. Importancia	4
1.4.2. Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definición de términos básicos	23
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>24</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	24
3.2 Variables y su operacionalización	24
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>26</b>
4.1 Diseño metodológico	26
4.2 Diseño muestral	27
4.3 Procedimientos de recolección de datos	28
4.4 Procesamiento y análisis de los datos	28
4.5 Aspectos éticos	29
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>30</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 3: Información adicional	

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que el número de adultos mayores está incrementándose de manera rápida. Según se ha calculado; entre 2000 y 2060 dicho número se transformará de 11% a 22%, es decir, el incremento visualizado será de 605 a 2 500 millones de ancianos de 65 años.<sup>1</sup>

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) manifiesta que, para Latinoamérica, los adultos mayores avanzaron de un 5,6% del total a un 11% en 2010.<sup>1</sup>

En Perú, de poco menos de un millón y medio de personas ancianas en 2010, se convertirá a seis millones y medio en 2050; cinco millones más, la mayor parte de las cuales serán del sexo femenino.<sup>2</sup>

Dentro de la población adulta mayor; fue de vital importancia, aquellas personas que adquirieron la denominación de anciano frágil, quienes tienen una reducción de las reservas de su fisiología y un mayor riesgo de decaer, situándose un aumento en su susceptibilidad ante factores extrínsecos y resultan en un incremento de chances para sucesos que dañen la salud, tales como hospitalizaciones, riesgo para institucionalización, decesos y además pérdida de diversas funciones, discapacidad o deterioro funcional.<sup>3,4</sup>

En el plan nacional de Perú para los adultos mayores 2006-2010 en relación al envejecimiento saludable no se menciona lo vital sobre el sueño en la calidad del anciano.<sup>5</sup>

Además; en la segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas realizada en Madrid durante 2002, sobre el envejecimiento poblacional, no se abarcó la trascendencia del sueño en el anciano como integrante fundamental en su calidad de vida.<sup>6</sup>

Ante lo descrito, se sabe que las personas ancianas y sobretodo frágiles pueden sufrir problemas mentales y funcionales que son precisas identificar. Se describe que cierto número de personas adultos mayores reportan insomnio y consumen fármacos para conciliar el sueño.

El insomnio es un síntoma en el cual un factor afecta a una persona en su acto de conciliar el sueño; producto de múltiples factores biopsicosociales y ambientales. No conciliar el sueño es 1.3 veces más frecuente en sexo femenino y va en aumento a mayor grupo etario, el cual es dos veces más frecuente en adultos mayores.

Las consecuencias del insomnio tuvieron diferentes análisis. Se corroboró una conexión con un daño en la calidad de vida. Los pacientes que aquejan dicho trastorno presentan una afectación en el rendimiento diario, agotamiento, dificultad de concentración, problemas de recordar cosas de manera anterógrada, retrograda y alteraciones de ánimo.

La búsqueda de síntomas depresivos e insomnio en ancianos es de forma obligatoria, existe una frecuencia alta de ser encontradas. Estudios previos establecieron una prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en 25% para ancianos de 65-75 años y 45% de las personas manifestaron problemas de conciliar el sueño en el último año.<sup>7</sup>

Hay una conexión entre síntomas depresivos y conflicto para conciliar el sueño. Esta relación busca una explicación a través de mecanismos de tipo fisiopatológicos relacionados en el control del sueño que hacen a la persona un ser susceptible.<sup>8</sup>

Se sabe muy bien que en estudios de tipo epidemiológicos se registró que más 85% de ancianos frágiles deprimidos presentan trastornos del sueño. Convirtiéndose ambos problemas de salud en situaciones frecuentes en ancianos y van en aumento según la edad.<sup>9</sup>

La relación entre insomnio y síntomas depresivos en los primeros años es muy fuerte. Los síntomas depresivos son considerados un factor de riesgo en desarrollar insomnio y en una investigación en siete países europeos con posterior análisis multivariado demostró como predictores de insomnio a la edad, síntomas depresivos, algia y consumo de drogas que conllevan a la sedación.<sup>10</sup>

En Perú, Alcorta, *et al.*, hallaron una prevalencia de 64% de escasa calidad del sueño en ancianos atendidos vía ambulatoria en un hospital, no existió otros estudios en relación a esta enfermedad en adultos mayores.<sup>11</sup>

En Perú, el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, reportó que trastornos en la esfera mental de salud mental tipo síntomas depresivos, alcoholismo, síndrome ansioso y maltrato doméstico tuvieron una prevalencia de 27%, 26% en Ayacucho y 25% en Puerto Maldonado. Se observó que la prevalencia de síntomas depresivos es de dos a tres veces más alta en ancianos que padecen enfermedades crónicas comparados con aquellos que presentaban ausencia de los mismos. En Lima, la prevalencia de síntomas depresivos alcanzó 16,4%.<sup>12</sup>

En Hospital Edgardo Rebagliati Martins hasta la fecha no tiene datos sobre la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en pacientes adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es la prevalencia de los síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad de Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Caracterizar el insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.

Identificar las características sociodemográficas asociadas a síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.

Proponer medidas que faciliten el restablecimiento del patrón del sueño y estado de ánimo en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Es útil e importante investigar acerca de los problemas en mención porque son trastornos muy prevalentes, significativos y escasa revisión en el campo de la investigación debido a la falta de datos, carencia de sistema confiable y estructurado para almacenar, procesar y realizar seguimiento.

Debido al aumento de la población adulta mayor y de la esperanza de vida al nacer tanto a nivel internacional como nacional, se

genera un especial interés debido a características y necesidades propias de los ancianos, volviéndose un grupo poblacional susceptible a cualquier daño de tipo clínico, funcional, mental y social.

Actualmente, se realizan eventos denominados Día Mundial del Dormir y Día Mundial de Lucha contra la Depresión para concientizar sobre los trastornos relacionados al sueño y estado afectivo, respectivamente. Siendo necesario identificarlos en la agitada vida del siglo XXI.

Con el tiempo es posible que los problemas sino se investigan con la finalidad de revertirlos, pueden generar en los ancianos medidas no saludables para mantenerse vigiles y mejorar su estado de ánimo como fumar, consumir alcohol, ingerir cafeína y usar fármacos no prescritos medicamente; afectando su calidad de vida, aumentando riesgo de accidentes, caídas y serán razones principales para su admisión en un establecimiento sanitario.

La utilización de los resultados de la investigación en mención servirá como inicio para el desarrollo de intervenciones sanitarias en todo nivel asistencial. Permitirá ampliar conocimientos y sentará bases estratégicas en el ámbito de la salud pública, ya que al conocer la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en pacientes adultos mayores frágiles se intensificará el diseño de actividades preventivas promocionales, abordaje temprano e integral de dichos problemas de salud y así mejorar la calidad de vida del paciente.

#### **1.4.2 Viabilidad**

Se dispondrá de tiempo necesario para efectivizar la investigación y de recursos humanos para su realización; inclusive, si es

necesario se capacitará y supervisará al personal que recolecte la información.

A pesar que nose cuenta con apoyo de recursos financieros ni materiales de ninguna institución, se podrá disponer mediante el autofinanciamiento lograr satisfacer las necesidades de esta investigación.

Teniendo en cuenta el gran flujo de adultos mayores frágiles admitidos en Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins se obtendrá el número necesario de sujetos elegibles para tal estudio. Hay poca experiencia en el diseño de estudio a utilizar, sin embargo, es viable y no un impedimento en su realización.

Políticamente, es factible investigar sobre estos temas importantes de salud pública con repercusiones médico sociales de primer orden; ya que, se cuenta con alternativas de solución.

Aparentemente, no existen problemas éticos para la investigación; ya que, formará parte de una valoración geriátrica integral, la cual está afecta a la Unidad de Geriatria. El desarrollo del estudio está basado en los principios bioéticos.

## **1.5 Limitaciones**

La obtención de permisos y el desarrollo de coordinaciones administrativas a nivel de las direcciones de Essalud y jefatura de servicios son lentos, invirtiéndose regular cantidad de tiempo.

No se contará con apoyo financiero de ninguna institución, por lo cual el costo podría ser elevado.

Existe un déficit claro en la investigación y publicación geriátrica a cerca del estudio referido, lo que no permitirá el contraste de los resultados con trabajos anteriores para la muestra poblacional.

El estudio estará circunscrito a la población en mención, por lo que hace difícil su extrapolación.

La negativa al responder durante la entrevista de la valoración geriátrica integral por parte de familiares y /o pacientes.

La presencia de deprivación sensorial auditiva de un grupo de ancianos conllevaría a requerir mayor tiempo durante la entrevista de la valoración geriátrica integral.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Tello, *et al.*, (2009) encontraron que 74% de los evaluados presentaban un deterioro en la calidad del sueño y 75,3% tenían una mala higiene del sueño. Además, se halló que 74% cursaban con mala higiene y calidad del sueño, a pesar que la asociación no fue significativa; concluyeron que, los ancianos de un nivel asistencial primario en Lima tuvieron una frecuencia alta de mala calidad al dormir, somnolencia durante el día y pobre higiene en el sueño.<sup>13</sup>

Royuela, (2000) reportó un 54% de mala calidad de sueño de 54% en ancianos pertenecientes al servicio de salud mental y centros asistenciales a nivel primario.

Cruz, *et al.*, (2009) encontraron que 52,6% de los adultos mayores presentaban alteraciones del sueño y las mujeres fueron las más afectadas. Comprobaron una asociación significativa del insomnio con el estado psicológico y concluyeron que 50% de ancianos ambulatorios padecen de insomnio relacionados a afecciones psicoafectivas, semejante a lo reportado por Ramesh, *et al.*, (2002) y enfatizaron que el problema para iniciar y mantener el sueño es común en adultos mayores.<sup>15,16</sup>

Alcorta, *et al.*, (2003) encontraron 63,8% de prevalencia en baja calidad del sueño en ancianos de atención ambulatoria de un hospital nacional; además, reportaron que las quejas en relación a la calidad del sueño estaban relacionadas a aquejas respiratorias, consumo de medicación no prescrita, síntomas depresivos y mala autopercepción sobre el bienestar en salud. Las alteraciones del sueño en el anciano se caracterizaron por presentar elevada frecuencia, afectación de la calidad de vida y poco reconocimiento por parte del personal de salud.<sup>11</sup>

Foley, *et al.*, (1995) reportaron fue necesario la identificación de estos trastornos como muy prevalentes, significativos y sugirieron la generación de programas educativos que formen a los futuros integrantes de salud en detección y tratamiento de los mismos.<sup>17</sup> Dicha información es semejante a lo descrito por Escobar, *et al.*, (2005).<sup>18</sup>

Pando, *et al.*, (2001) encontraron que 58% de hombres y 80% de mujeres tuvieron por lo menos un síntoma de insomnio. Los síntomas depresivos e insomnio se mostraron asociados como factor de riesgo y concluyeron que ninguno de los sujetos refirió estar recibiendo algún tratamiento.<sup>19</sup>

Subramanian, *et al.*, (2011) encontraron que los problemas del sueño en ancianos suelen no ser detectados y por ende no tratados, favoreciendo la mala evolución de dichas condiciones médicas.<sup>20</sup>

Pacheco y Rey de Castro, (2003) encontraron que 157 pacientes tenían insomnio, 39 padecían de insomnio ocasional y 118 de insomnio crónico, 34% señalaron que usaron medicamentos para dormir y sólo 60 acudieron donde un médico por problemas de insomnio. El tratamiento médico más usado fue el de medicamentos tipo benzodiazepinas; además, concluyeron que la identificación del insomnio en ancianos atendidos en consulta del Hospital Arzobispo Loayza fue elevada.<sup>21</sup>

Otros estudios reportaron una prevalencia de trastornos del sueño de 27% en residentes de hogares de ancianos.<sup>22,23</sup> Durante la hospitalización, la prevalencia aumentó, pero la falta de estudios en ancianos ingresados en salas de medicina geriátrica o medicina y la comprensión acerca de los patrones de sueño en el ámbito hospitalario se basaron en investigaciones en Unidad de Cuidados Intensivos.<sup>22,24</sup>

Bakr, *et al.*, (2012) encontraron una prevalencia del trastorno del sueño de 36,4%. La mayor parte se encontró entre los varones, casados y edad avanzada. Concluyeron que las variaciones en el estilo de vida, la optimización del entorno de vida y el control de síntomas pudieron reducir la carga del insomnio y así favorecer la calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados, similares recomendaciones brindadas por otros investigadores como Lichstein, (2006) e Isaia, *et al.*, (2011).<sup>25,26,27</sup>

De León, (2015) encontró una prevalencia de insomnio de 41%. Se ubicó cierta asociación con polifarmacia en 53% de individuos, 42% con comorbilidades, 68,5% con depresión y concluyó que el problema identificado en el anciano, en relación al insomnio fue alta su frecuencia y su escasa búsqueda de atención médica.<sup>28</sup>

Liqing, *et al.*, (2016) encontraron que el análisis estadístico sugirió una relación positiva entre insomnio y síntomas depresivos; además, concluyeron que el insomnio se asoció significativamente con un elevado riesgo de síntomas depresivos, similar a lo descrito por Foley, *et al.*, (1999) y Cricco, *et al.*, (2001).<sup>29,30,31</sup>

Fernández M. *et al.*, (2012) encontraron que la prevalencia de síntomas depresivos en enfermos crónicos fue 52%, aumentó a 63% en pacientes que padecieron de insomnio y concluyeron que la prevalencia de insomnio en pacientes pluripatológicos fue alta, subdiagnosticada, subtratada y presentó una asociación significativa con síntomas depresivos similar a lo reportado en otros estudios.<sup>32,33,34,35,36</sup>

Botteman., (2009) encontró que la prevalencia del insomnio se incrementó conforme era mayor la edad etaria, aumentándose después de los 70 años, siendo 23% en el sexo masculino y 26% en el sexo femenino mayores de 70 años, mientras que en mayores de 80 años fue de 23% y 41% para cada género.<sup>37</sup>

Leger, *et al.*, (2010) encontraron, en México y América Latina, que la prevalencia de insomnio fue 36% en adultos mayores hospitalizados por distintas razones, siendo evidente deterioro funcional en este grupo poblacional; además, reportaron un importante efecto económico a causa de este problema de salud.<sup>38</sup>

Botteman., (2009) reportó que el tratamiento adecuado del insomnio genero resultados favorables costo efectivos.<sup>37</sup> Otros estudios en los últimos 10 años, mostraron que los resultados no favorables del insomnio escaparon más allá de los problemas de carácter médico y repercutieron en diferentes aspectos de tipo económico y social, recordando que los costos sociosanitarios fueron muy altos en países desarrollados y subdesarrollados, cuando evaluaron de costos de hospitalización.<sup>38</sup>

## **2.2 Bases teóricas**

### **Fragilidad**

En 1997, el término «fragilidad» fue definido como un síndrome de disminución de la reserva fisiológica y resistencia a los factores estresantes, que originan pérdida en la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos negativos a la salud. Es así, que existen numerosas definiciones cuyos orígenes están basados en alteraciones de varios dominios, aunque con bases comunes, como son la disminución de la reserva fisiológica, un desequilibrio energético-metabólico y la vulnerabilidad.

Si bien al enfocarse en la fragilidad se ha diferido tanto en su denominación como en su abordaje, hay un mayor consenso en relación a la misma, que es una situación que precede a la discapacidad y está adherida al proceso de envejecer, siendo un factor vital de eventos no favorables en adultos mayores. La fragilidad es muy prevalente y afecta a

múltiples sistemas del cuerpo, es pluridimensional y se relaciona a eventos adversos de salud.

Una de las escalas más usadas para su diagnóstico es la escala FRAIL, la cual es una escala validada, con preguntas, relacionadas a diferentes acápites. Los pacientes se clasifican: uno a dos = prefrágiles, tres o más= frágiles.<sup>39</sup>

## **Depresión**

Considerado como un síndrome geriátrico, el cual genera incapacidad biopsicosocial y aumento de mortalidad. A nivel mundial hay millones de individuos sufriendo de depresión, de los cuales, la tasa más alta se encuentra en adultos mayores, teniendo una prevalencia alta en mujeres mayores de 55 años y en el sexo masculino en mayores de 70 años.

El paciente con cuadro de depresión pierde la ilusión de seguir viviendo, sintiéndose no capaz de realizar sus actividades de tipo básicas, instrumentales y/o avanzadas previas. Aparecen otros síntomas como tristeza, trastornos del sueño, alteraciones en el apetito, afecciones psicósomáticas que comprometen más la calidad de vida.

La prevalencia en los ancianos va de 10 a 70% y se describieron múltiples factores de riesgo como dependencia para algunas actividades básicas de la vida, sentirse solo, dificultad de roles, bajo apoyo social, poca productividad, no actividad física, dependencia socioeconómica, pluripatología, consumo de más de 3 medicamentos, antecedentes de depresión y alteraciones afectivas.<sup>40</sup>

## **Diagnóstico de la depresión en el anciano**

El diagnóstico de las distintas formas de depresión en el anciano es esencialmente clínico. Se rige por las categorías y los criterios de las vigentes clasificaciones psiquiátricas CIE-10. A partir de los 60 años, los

pacientes depresivos son muy heterogéneos en términos de historia clínica y de circunstancias coexistentes y este hecho puede dificultar el diagnóstico de la depresión geriátrica. <sup>41</sup>

Se sabe que el anciano puede presentarse en forma de quejas físicas inespecíficas o preocupación por funciones corporales, ansiedad, irritabilidad, negativismo, dependencia excesiva o, incluso, síntomas psicóticos, que puedan presidir el cuadro clínico, sin que el estado de ánimo bajo sea muy evidente. <sup>41</sup>

Cuando la depresión coincide con enfermedades que pueden producir insomnio, anergia o pérdida de apetito/peso la dificultad para diagnosticarla puede ser mayor. Las pérdidas afectivas y el aislamiento social que se acumulan en la ancianidad pueden desencadenar episodios depresivos. Aunque es necesario distinguir la enfermedad depresiva del duelo normal, el duelo puede asociarse a un episodio depresivo, incluso a un Trastorno Depresivo Mayor, como se ha terminado aceptando en el reciente DSM5. <sup>41</sup>

Los pacientes con dolor crónico, cáncer, enfermedad cardio u cerebrovascular, enfermedad pulmonar crónica, artritis, enfermedades degenerativas del SNC, hipotiroidismo o déficits vitamínicos, no solo se asocian con frecuencia a la depresión, sino que mantienen con ella una relación patogénica bidireccional. Muchos medicamentos como corticoides, antineoplásicos, antiparkinsonianos e interferón con los que se tratan enfermedades frecuentes en ancianos también pueden inducir o desencadenar cuadros depresivos. <sup>41</sup>

La negativa de muchos pacientes a ser diagnosticados de depresión para eludir el estigma que pudiera comportar el diagnóstico o la atribución de síntomas depresivos a circunstancias penosas de la vida entendidas como normales, resultan también un obstáculo en el diagnóstico de esta afección. Además, la depresión puede coexistir con un deterioro neurocognitivo mayor o leve lo cual obliga a contemplar tanto la posible

comorbilidad de ambas entidades como a descartar diagnóstico de pseudodemencia depresiva en edades de riesgo.<sup>41</sup>

Aunque bastantes pacientes ancianos deprimidos cumplen criterios diagnósticos de Depresión Mayor, muchos más resultan afectados de cuadros incluíbles en Depresión Menor como Trastornos Adaptativos Depresivos, Distimia, Depresiones Sintomáticas de otras enfermedades y su diagnóstico representa con frecuencia un reto clínico considerable.<sup>41</sup>

El diagnóstico empieza con una buena anamnesis, exploración física y psicopatológica, pruebas sanguíneas como hemograma, bioquímica, TSH y vitaminas, pruebas de neuroimagen y otras en casos especiales como el test de supresión con dexametasona. Las escalas para la evaluación de síntomas depresivos en el adulto mayor son instrumentos fundamentales para el diagnóstico.<sup>41</sup>

No hay hallazgos específicos en las pruebas de neuroimagen en los ancianos. La tomografía axial computarizada puede mostrar un ensanchamiento de los ventrículos laterales y la resonancia magnética nuclear hiperintensidades en sustancia blanca y atrofia cortico-subcortical en las depresiones de inicio tardío.<sup>41</sup>

### **Criterios para el diagnóstico CIE 10 de Episodio Depresivo Leve, Moderado y Grave.**<sup>41</sup>

A. Duración de dos o más semanas

B. Dos o más de los síntomas siguientes:

1. Humor depresivo persistente
2. Pérdida de interés o anhedonia
3. Pérdida de vitalidad o fatigabilidad

C. Uno o más de los siguientes hasta sumar cuatro –leve, seis – moderado u ocho-grave

1. Pérdida de confianza y autoestima
2. Auto-reproches o ideas de culpa desproporcionadas

3. Ideas recurrentes de muerte o conductas suicidas
4. Dificultades de concentración o de pensamiento
5. Agitación o retardo psicomotor
6. Alteraciones del sueño

### **Criterios para el diagnóstico DSM5 del Trastorno Depresivo Mayor Leve, Moderado y Grave.<sup>41</sup>**

A. En las últimas dos semanas, presencia persistente de cinco o más de los síntomas siguientes uno o dos han de estar incluidos:

1. Ánimo depresivo
2. Anhedonia o pérdida de interés
3. Disminución u ganancia significativa de apetito y/o peso
4. Insomnio o hipersomnia
5. Agitación o retardo psicomotor
6. Fatigabilidad
7. Desesperanza
8. Dificultades de concentración
9. Pensamientos de suicidio o intentos de manera recurrente.

B. Los síntomas ocasionan distrés o deterioro funcional clínicamente significativo.

C. Los síntomas no se deben a drogas u otra enfermedad.

La gravedad viene determinada por el número de síntomas y la importancia del deterioro funcional.<sup>41</sup>

### **Escala de Yesavage**

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS), creada en 1982, fue realizada para examinar el estado afectivo de los ancianos, teniendo en cuenta que otras herramientas de evaluación sobrevaloran los síntomas de tipo somáticos o del sistema neurovegetativo. Puede aplicarse con ancianos sanos, con patología e inclusive con aquellos con

algún deterioro cognitivo. Se ha utilizado en diversos lugares de la comunidad, en atención de agudos, en cuidados de larga y mediana estancia.

La sensibilidad y especificidad de esta escala es de 92% y 89%, respectivamente. En un estudio de validación en el cual se realizaba una comparación de cuestionarios de GDS para su autocalificación de síntomas depresivos, en aquellos se cumplieron en diferenciar entre adultos con cuadro depresivo y aquellos que no, obteniéndose una correlación alta. La escala de depresión del anciano en depresión de la OPS/OMS fue validada de 15 ítems.

El coeficiente de confiabilidad de esta herramienta es del 0,7268, estableciendo que la escala de depresión geriátrica de Yesavage es altamente confiable; al obtenerse 14 puntos de los 15 se puede predecir que hay un cuadro moderado de depresión; sin embargo, los 15 ítems son válidos para evaluar sintomatología depresiva. Su contenido se basa en factores de cognición y conducta con síntomas depresivos en el adulto mayor.

Cada aspecto se valora como cero/uno, brindando puntos a la coincidencia con la presencia de síntomas depresivos; es decir, las respuestas afirmativas para síntomas depresivos y las negativas para estados de no síntomas depresivos. La puntuación total corresponde a la suma total de los puntos, considerándose un rango de 0-15.

En el caso de la herramienta de 15 ítems, se aceptan los siguiente:

No sintomatología depresiva: 0 - cinco puntos.

Probable sintomatología depresiva: seis – nueve puntos.

Establecida sintomatología depresiva: 10-15 puntos.<sup>41</sup>

## **Fisiología del sueño**

La arquitectura fisiológica del sueño se divide para ser estudiada en dos principales fases:

Sueño MOR: llamado también sueño de movimiento ocular rápido, el cual corresponde a un aproximado de 25% del total.

Sueño NMOR: denominado también sueño sin movimientos oculares rápidos, el cual corresponde a un 75% del total de sueño.

Se divide:

- a. Sueño ligero
- b. Sueño profundo

Las fases de sueño de movimiento ocular rápido y sin movimientos oculares rápidos se intercalan en ciclos de aproximadamente en una hora y 40 minutos. Generalmente se tiene diversos ciclos que abarcan todas las etapas de soñar. Hay modificaciones en la fisiología del sueño en ancianos sanos, que generan la presencia del insomnio fácilmente.

- a. El inicio de la conciliación del sueño es más complicado en el adulto mayor.
- b. Eficiencia disminuida para conciliar el sueño.
- c. Reducción del sueño en estadio profundo.
- d. El sueño se fragmenta debido al aumento en despertares.
- e. Al pasar más tiempo en el lecho genera una percepción no verdadera de dormir poco.
- f. Modificaciones en el ritmo circadiano generan en el anciano situaciones como acudir al lecho más temprano y despertarse precozmente.
- g. Aumento del número de siestas.
- h. Sueño REM no se ve afectado en relación a su tiempo.
- i. Las fases Fase I y II del sueño se ven incrementada.
- j. La Fase III del sueño se ve en decremento.

El insomnio no es un producto normal del envejecimiento. Por tal motivo debemos analizarlo como un síntoma relacionado a una enfermedad.<sup>42</sup>

## **Calidad del sueño**

Se conceptualiza en el acto de dormir bien en la etapa nocturna y tener un adecuado funcionamiento durante la mañana, considerándose como un factor de salud. La calidad del sueño es una dimensión no tan simple, ya que comprende diversos puntos. Por tal motivo, se busca una herramienta necesaria para evaluar la calidad del sueño.

Actualmente, la polisomnografía oferta aspectos electrofisiológicos que permiten medir la calidad del sueño. A pesar de eso, es un estudio de poco acceso a la población y genera la necesidad de buscar otro método para su estudio. Es por eso que se aplica el índice de Pittsburgh; el cual tiene una amplia aceptación.<sup>43</sup>

## **Índice de calidad del sueño de Pittsburg**

Es una prueba que brinda una graduación general de la calidad del sueño al evaluar los componentes del sueño, los cuales son: calidad, latencia, duración, eficiencia, medicación habitual para conciliar el sueño y disfunción diurna. Esta herramienta abarca 19 ítems que analizan los componentes mencionados, cada ítem se puntúa de cero a tres. La puntuación total varía de cero a 28 puntos; a mayor puntaje será peor calidad del sueño.<sup>44</sup>

## **Insomnio**

Denominado como el acto de percibir, por parte del paciente, un sueño escaso o no reponedor. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño, se denomina de la siguiente manera. <sup>44</sup>

- a. Obstáculo para el acto del sueño, por lo menos durante un mes.
- b. Alguna forma de deterioro diurno es registrada en relación al problema del sueño:
  1. Fatiga
  2. Déficit a nivel cognitivo.
  3. Bajo desempeño social.
  4. Variaciones del ánimo.
  5. Somnolencia durante el día.

6. Motivación disminuida.
7. Tendencia al error.
8. Cefalea, afecciones intestinales en respuesta al no conciliar el sueño.
9. Tensión por acto de dormir.

### **Relación de síntomas depresivos e insomnio**

Está demostrado que hay una relación muy cercana entre síntomas depresivos y lo difícil de empezar el sueño explicado por su fisiopatología relacionada con el control de la regulación del sueño.<sup>45</sup>

La información obtenida demuestra que el diagnóstico de insomnio y sintomatología depresiva están interrelacionadas con la activación del eje hipotálamo hipófisis adrenal y la secreción posterior de la hormona cortisoliana. La sintomatología depresiva aparece ocasionalmente con algesia, recordar que los pacientes que cursan con dichas alteraciones a la vez presentan menor umbral de algesia que otros pacientes.<sup>46</sup>

### **Epidemiología**

Se estima que 15% de adultos y 57% de los adultos mayores no hospitalizados no institucionalizados padecen de insomnio crónico. Ford y Kamerow encontraron que los pacientes con insomnio usaban con más frecuencia los servicios médicos y que las tasas de insomnio son superiores en los centros de atención primaria que en la población global. El insomnio se asocia con carga social y personal. A pesar de las altas tasas de prevalencia la evidencia sugiere que el insomnio permanece poco reconocido, subdiagnosticado y subtratado.<sup>47</sup>

El insomnio es raramente explorado en la entrevista médica, muchas veces no se tiene en cuenta su diagnóstico y, aun siendo diagnosticada, los médicos no le damos la debida importancia. Estudios epidemiológicos y clínicos evidencian que más del 50% de los pacientes refieren presentar insomnio, en caso se les preguntara por el sueño, sólo 35% lo reconocen

ante su médico por propia intención, y sólo 11% acuden al mismo para recibir ayuda terapéutica.<sup>48</sup>

Ford and Kamerow demostraron que, en una cohorte de pacientes, solo 12% de los que presentaron dificultad para dormir consultaron a un médico por este problema.<sup>49</sup>

## **Etiopatogenia**

Existen diversos factores que favorecen el desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastorno del sueño, estos se clasifican de la siguiente manera

### **1. Factores que predisponen como sexo, grupo etario, nivel económico y condición de salud.**

**A. Genéticos:** Aunque se requieren más estudios con mayor especificidad, lo que parece heredarse son rasgos basados en el temperamento, como lo es la emocionalidad (aumento de estado de alerta ante una situación estresante).

**B. Psicológicos:** Se ha demostrado que los pacientes con insomnio crónico cursan con un cuadro clínico y/o rasgos de personalidad propios.

**2. Factores precipitantes:** Guardan relación con eventos estresantes y de depresión. Se conoce que el inicio del insomnio está antecedido de situaciones de tipo estresantes y depresivos.

**3. Factores perpetuantes:** Se basan en el miedo a no conciliar el sueño y con los comportamientos desadaptativos en relación con el sueño.<sup>49</sup>

## **Clasificación**

### **1. En función de la etiología**

**A. Insomnio primario:** Tipo de trastorno de sueño que no tiene un factor causal identificable o que no está relacionado a otro evento de características clínicas. Se relacionan con rasgos de personalidad.

**B. Insomnio secundario:** Producto del contexto, de otra(s) situación(es) clínica (s) o de un evento adaptativo.

**2. En función del momento nocturno producido:**

**A. Insomnio de conciliación:** Las quejas de los pacientes se basan en problemas para empezar el sueño. Aparece en jóvenes, es más frecuente ligándose a problemas médicos, consumo de estupefacientes o alteraciones psiquiátricas como en el caso de ansiedad.

**B. Insomnio de mantenimiento:** Existen problemas para mantener el sueño y aparecen interrupciones. Es frecuente en aquellas alteraciones psíquicas y médicas relacionadas al proceso de envejecer.

**C. Despertar precoz:** El último despertar ocurre como mínimo dos horas antes de lo acostumbrado.

**3. En función de su duración:**

**A. Insomnio transitorio:** Solo dura menos de siete días. Se caracteriza por ser el más frecuente. En una etapa anual, alrededor de 1/3 de los adultos sufren problemas de este trastorno del sueño. Está relacionado a factores desencadenantes (tipo medioambientales, cambios fuertes en el horario preestablecido, estrés físico y eventos adversos de manera emocional) y cuando éstos ya no están presentes, se vuelve a la normalidad.

**B. Insomnio agudo:** Dura de siete días a 28 días. Guarda interrelación con factores tipo estresantes, pero que duran más en el tiempo.

**C. Insomnio crónico:** Dura desde 28 días a más y ocurren por diversas etiologías de manera intrínseca al organismo (enfermedad física o psiquiátrica de larga data o en algunos casos no se evidencia etiología evidente).<sup>49</sup>

## **Manejo del insomnio**

El pilar fundamental del manejo está en determinar si existe una causa adyacente o una comorbilidad presente. Es vital identificar los factores que lo precipitan, para poder subsanarlos, antes de empezar una terapéutica específica.<sup>50</sup> La terapia que no incluye fármacos integra educación sobre la conservación e higiene del sueño, control de ciertos estímulos y de no restringir el sueño.

La higiene del sueño se basa en evitar factores precipitantes y perpetuantes de este tipo de trastorno del sueño, abarca terapias conductuales y apoyo psicosocial. Las acciones dirigidas a la higiene del sueño son:

- A. Detener el consumo de alcohol, cigarro, cafeína, cenas abundantes, siestas durante la mañana o la tarde y realizar actividades antes de dormir.
  
- B. Retirar factores que generan disturbios del acto de conciliar el sueño como presencia de animales, excesivo de frío o calor, presencia de luz, ruido externo o relacionados a la estructura del lecho.
  
- C. Determinar un horario de acostarse y de preferencia ir cuando se encuentre cansado.
  
- D. Usar el lecho solo para reposar o para realizar actos sexuales.
  
- E. Si no se concilia el acto de dormir en 15 minutos, retirarse de la cama y/o realizar actividades de tipo relajantes y no olvidarse de repetir el ciclo las veces que sean necesarias.

Como se expresó previamente, la etiología más frecuente del insomnio en el longevo es el cuadro depresivo, por tal motivo se debe proporcionar un alivio a temprano plazo e incorporar el uso de antidepresivos para larga data.<sup>49</sup>

## **Terapéutica del insomnio con fármacos**

Los medicamentos que se usan para tratar el insomnio abarcan desde drogas naturales hasta más complejos, ya sea como: hipnóticos, antidepresivos, anticonvulsivantes, entre otros. En la práctica clínica, se agrupan de la siguiente forma:

- a. Hipnóticos: benzodiazepinas y agonistas de receptores benzodiazepínicos.
- b. Antidepresivos
- c. Anticonvulsivantes
- d. Melatonina y agonistas.<sup>50, 51</sup>

### **2.3 Definición de términos básicos**

**Adulto mayor:** Persona de 60 a más años de edad a nivel nacional. <sup>1</sup>

**Adulto mayor frágil:** Persona con reducción de la reserva fisiológica y/o factores sociales relacionados con un incremento de la probabilidad a sufrir grados de discapacidad y presentar un incremento de la morbi-mortalidad.<sup>3</sup>

**Síndromes geriátricos:** Condiciones clínicas muy frecuentes en adultos mayores que no constituyen una enfermedad, de etiología multifactorial y que deterioran de manera importante la condición de salud de la persona adulta mayor.<sup>3</sup>

**Síntomas depresivos:** Presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de miedo, aburrimiento, falta de concentración, etc.<sup>8</sup>

**Hipnóticos:** Drogas que generan somnolencia y aceleran el estado de sueño.<sup>8</sup>

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

Por el tipo de estudio no se requiere necesariamente la formulación de hipótesis.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza/relación	Indicador	Escala de medición	Categorías	Escala de Categorías	Medio de Verificación
<b>Edad</b>	Años de vida	Cuantitativa	Fecha de nacimiento	Razón	0 al 110	60 a 75 76 a mas	Ficha de evaluación
<b>Sexo</b>	Condición orgánica de género	Cualitativa	Identidad Sexual	No minimal	Masculino Femenino	Hombre Mujer	Ficha de evaluación
<b>Antecedentes Patológicos</b>	Enfermedades previas	Cualitativa	Listado de enfermedades	No minimal	Enfermo Sano		Ficha de evaluación
<b>Estado civil</b>	Situación legal respecto a si tiene o no pareja	Cualitativa		No minimal	Soltero Casado Divorciado Viudo	Sin pareja legal Con pareja legal Separado de su pareja legal Sin pareja legal por fallecimiento	Ficha de evaluación
<b>Grado de instrucción</b>	Nivel educativo recibido	Cualitativa		No minimal	Primaria Secundaria Superior	1ro a 6to grado 7mo a 11mo grado Universitario	Ficha de evaluación

<b>Nivel económico</b>	Ingreso económico	Cuantitativa	Ingreso familiar en soles por mes	Ordinal	Bajo Mediano Alto	200 a 300 soles 301 a 500 soles 501 soles a más	Ficha de evaluación
<b>Lugar de residencia</b>	Lugar donde vive	Cualitativa		Nominal	Urbana Rural		Ficha de evaluación
<b>Medicación Habitual</b>	Nombre del fármaco o prescrito	Cualitativa		Nominal			Ficha de evaluación
<b>Síntomas depresivos</b>	Estado de tristeza de las personas	Cualitativa	Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Intervalo	0 al 15	0 – cinco puntos: no sintomatología depresiva seis – nueve puntos: probable sintomatología depresiva 10 – 15 puntos: establecida sintomatología depresiva	Ficha de evaluación
<b>Fragilidad</b>	Persona susceptible a discapacitarse	Cualitativa	Criterios de Fried	Nominal	Robusto Pre – frágil Frágil	Robusto: Ningún Criterio Pre – frágil: uno o dos criterios Frágil: tres o más criterios	Ficha de evaluación
<b>Insomnio</b>	Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo.	Cuantitativa	Índice de gravedad del insomnio	Intervalo	0 al 28	0-siete puntos: ausencia de insomnio clínico ocho-14: insomnio subclínico 15-21 puntos: insomnio clínico moderado 22-28 puntos: insomnio clínico grave	Ficha de evaluación

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

#### **Tipo de investigación**

Estudio cuantitativo porque se estudia la realidad examinando los datos de manera numérica, utilizando especialmente la estadística, la cual hace demostraciones con los acápites independientes de un todo, asignándosele un número y luego se hace inferencias.

Según la intervención del investigador es observacional porque no se manipula variables, solo se basa en la observación de la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos que requirieron una evaluación geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral.

Según el número de mediciones de las variables es longitudinal porque se determina la medición en un periodo de tiempo.

Según la planificación de la toma de datos es retrospectivo porque se utiliza una base de datos ya realizada.

#### **Diseño de la investigación**

Según el alcance que de sus resultados es descriptivo porque se pretende determinar la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos que requirieron una evaluación geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral, a través de las variables, sin una mayor pretensión explicativa.

## 4.2 Diseño muestral

**Población universo:** Adultos mayores frágiles admitidos.

**Población de estudio:** Adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017 que requirieron de una valoración geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral.

**Tamaño de la población de estudio:** Se incluye la población total de estudio, adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017 que requirieron de una valoración geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral.

**Muestreo o selección de la muestra:** De tipo probabilístico aleatorio estratificado a partir de las valoraciones realizadas a los adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017 que requirieron de una valoración geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral.

### **Criterios de selección**

#### **A. Criterios de inclusión**

- Edad mayor a 60 años con diagnóstico de fragilidad y admitido en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017, a quien se les realizó una valoración geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral.
- Capaz de cooperar y cumplir con todas pruebas solicitadas

#### **B. Criterios de exclusión**

- Edad menor de 60 años.
- Presencia de enfermedad neurológica significativa que pueda afectar la cognición y no le permita cumplir con las pruebas solicitadas.
- Se excluirán encuestas con falta de datos.

### **4.3 Procedimientos de recolección de datos**

La técnica propuesta a utilizar es la encuesta y los instrumentos de recolección de información son los siguientes cuestionarios

- a. Valoración geriátrica integral.
- b. Escala de Yesavage.<sup>52</sup>
- c. Criterios de fragilidad de Frail.<sup>53</sup>
- d. Índice de gravedad del insomnio.<sup>54</sup>

### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

El presente estudio de investigación se basa en la extracción de datos de las valoraciones geriátricas integrales a adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad de Geriatría 7C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de enero–diciembre 2017, como parte de la decisión de un tratamiento integral, donde se aplicaron diversas preguntas en las encuestas.

La recolección de datos se realizará durante los meses de febrero y marzo del presente año previa autorización del Servicio de Medicina – Unidad de Geriatría a través de trámites administrativos correspondientes. Para su aplicación se analiza la entrevista realizada para el cumplimiento de la valoración geriátrica integral al adulto mayor.

Dentro de los datos de la valoración geriátrica integral se encuentran datos de las condiciones sociodemográficas, para caracterizar la población en general, separada por sexo, por grupos de edad y clasificación de escalas de síntomas depresivos y el índice de gravedad del insomnio, haciendo una representación porcentual de los mismos.

Al finalizar la recolección de datos serán procesados con los programas EXCEL 2016 y SPSS 24.0 para la posterior presentación de resultados. Se utilizará este programa usando el componente de análisis de datos

(estadísticos descriptivos: frecuencias y tablas de contingencia) del cual se obtiene la siguiente información.

**A. Tablas de frecuencia:** en las cuales se expresan el porcentaje de pacientes que presentan síntomas depresivos e insomnio y el porcentaje de pacientes según las características socio – demográficas.

**B. Tablas de contingencia:** se hacen los cruces para buscar la relación entre las variables.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Para el desarrollo del trabajo de investigación con el fin de mantener la confidencialidad, no atentar contra los derechos de los participantes y evitar la intencionalidad de sesgo, el responsable de la investigación será el único autorizado a tener conocimiento de los pacientes estudiados, sin que se perjudique e identifique a la población en estudio.

Se considera los procedimientos de investigación en base a la valoración geriátrica integral (motivo por el cual no requiere de consentimiento informado, ya que forma parte de la evaluación de la especialidad) realizada a los pacientes mencionados, de acuerdo con las normas éticas como el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, la declaración de Helsinki de 1975, así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica.

## CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	Meses (semanas)																			
	Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Proyecto de investigación				X	X															
Aprobación de proyecto					X	X	X													
Recolección de datos								X	X	X	X									
Análisis e interpretación											X	X								
Conclusión y recomendaciones												X	X							
Elaboración de informe													X	X	X	X				
Presentación de resultados																	X			

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c1948 [actualizado 16 Abr 2016; citado 21 Feb 2017]. La salud mental y los adultos mayores; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. PLANPAM 2013-2017 [Internet]. Volumen 5. Lima: Editorial; 2013 [actualizado 01 Oct 2013, citado 21 febr. 2017]. Disponible en: [http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_05\\_dvmpv.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_05_dvmpv.pdf)
3. Baztan JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol.1997; 32:26 – 34.
4. Whitson HE, Purser JL, Cohen HJ. Frailty thy name is Phrailty? J Gerontolo A Biol Sci Med Sci.2007;62(7):28 – 30.
5. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social- Dirección de Personas Adultas Mayores. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010. [Internet]. Volumen 7. Lima: Editorial, 2013 [actualizado 01 Jul 2013, citado 21 febr. 2017]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
6. ONU: Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas [Internet]. Madrid: ONU; c1982 [actualizado 8 Abr 2012; citado 21 Feb 2017]. Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

7. Bootzin RR, Engle M. Trastornos del sueño. En: Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y Social. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1999.p. 74-86.

8. Yokoyama E, Kaneita Y, Saito Y, Uchiyama M, Matsuzaki Y, Tamaki T, *et al.* Association between depression and insomnia subtypes: a longitudinal study on the elderly in Japan. *Sleep.* 2010;33(12):1693-1702.

9. Campos-Costa I, Nogueira-Carvalho H, Fernandes L. Aging, circadian rhythms and depressive disorders: a review *Am J Neurodegener Dis* 2013;2(4):228-246.

10. Gindin *et al.* Insomnia in Long-Term Care Facilities: A Comparison of Seven European Countries and Israel: The Services and Health for Elderly in Long Term Care Study. *J Am Geriatr Soc.* 2014; 62 (11): 2033 – 2039.

11. Alcorta M., Ayala L. Calidad de sueño y factores asociados en adultos mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para obtener el grado de Bachiller de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2003.

12. Macher E. Editorial de Anales de Salud Mental. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2010 [citado 25 Nov 2017]; XXVI:7 Disponible en:

[www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-SM/files/res/.../book.pdf](http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-SM/files/res/.../book.pdf)

13. Tello Rodríguez T, Varela Pinedo L, Ortiz Saavedra P, Chávez Jimeno H, Revoredo Gonzáles 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 – 26.

14. Royuela A. Calidad de sueño en ancianos. *Rev Psiquis.* 2000; 21: 32-39.
15. Cruz Menor E, Hernández Rodríguez Y, Morera Rojas B, Fernández Montequín Z, Rodríguez Benítez J. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. *Rev. Ciencias Médicas.*2008;12(2):1 – 12.
16. Ramesh, M., Roberts, G. Use of night-time benzodiazepines in an elderly inpatient population. *J. Clin. Pharm. Ther.* 2002; 27:93–97.
17. Foley, D., Monjan, A., Brown, S., Simmonsick, E., Wallace, R., Blazer, D. Sleep complaints among elderly people: an epidemiologic study of three communities. *Sleep* 1995; 18:425-432.
18. Escobar, F., Eslava, J. Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Rev. Neurol* 2005; 40:150- 155.
19. Manuel Pando-Moreno, Carolina Aranda Beltrán, María E. Aguilar Aldrete, Patricia L. Mendoza Roaf, José G. Salazar Estrada. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Cad. Saúde Pública.*2001;17(1):63-69.
20. Subramanian S, Guntupalli B, Murugan T, Bopparaju S, Chanamolu S, Casturi L, Gender and ethnic differences in prevalence of self-reported insomnia among patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.* 2011;15(4):711-715.
21. Pacheco Quesada G, Rey de Castro Mujica J. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Med Hered.*2003;14(2):63 – 68.

22. Meissner, H., Riemer, A., Santiago, S.M., Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. *West J. Med.* 1998; 169:146–149.
23. Alessi, C.A., Martin, J.L., Webber, A.P., Cynthia Kim, E., Harker, J.O., Josephson, K.R. Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005; 53: 803–810.
24. Tranmer, J.E., Minard, J., Fox, L.A., Rebelo, L. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clin. Nurs. Res.* 2003;12: 159–173.
25. Iman M. Bakr, Khaled M. Abd Elaziz, Nahla F. Abou El Ezz, Hoda I. Fahim. Insomnia among hospitalized elderly patients: Prevalence, clinical characteristics and risk factors. *European Geriatric Medicine.* 2012;3(2):92–96.
26. Lichstein KL. Secondary insomnia: a myth dismissed. *Sleep Med Rev.* 2006;10(1):3-5.
27. Isaia G, Corsinovi L, Santos-Pereira P, Michelis G, Aimonino N, *et al.* Insomnia among hospitalized elderly patients: prevalence, clinical characteristics and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;52(2):133-137.
28. De León Arcila R. Modelo de probabilidad de padecer insomnio en el adulto mayor. *Geroinfo [Internet]* .2015[citado 21 Feb 2017];10(2):1–30. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2015/ger152c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2015/ger152c.pdf)
29. Liqing Li, Chunmei Wu, Yong Gan, Xianguo Qu and Zuxun Lu. Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry* .2016;16(1):1 – 16.

30. Foley, D.J, Monjan, A., Simonsick, E.M., Wallace, R.B., Blazer, D.G. Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6800 persons over three years. *Sleep*.1999;22: S366–S372.
31. Cricco, M, Simonsick, E.M., Foley, D.J. The impact of insomnia on cognitive functioning in older adults. *J. Am. Geriatr.* 2001;49: 1185–1189.
32. Pigeon, W.R., Hegel, M., Unutzer, J., Fan, M.Y., Sateia, M.J., Lyness, J.M., Phillips, C., Perlis, M.L. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep*. 2008;31(4): 481–488.
33. Fernández ME, López SM, Cazaux A, Cambursano VH, Cortes JR. Insomnio: Prevalencia en un hospital de la ciudad de Córdoba. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2012; 69(4):191-196.
34. Levenson JC, Benca RM, Rumble ME. Sleep Related Cognitions in Individuals with Symptoms of Insomnia and Depression. *J Clin Sleep Med*.2015; 11(8):847-54.
35. Gindin *et al.* Insomnia in Long-Term Care Facilities: A Comparison of Seven European Countries and Israel: The Services and Health for Elderly in Long Term Care Study. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(11):2033-2039.
36. Sánchez-Gutiérrez R. Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Fuente*. 2012; 4(10): 70-75.
37. Botteman M, Health economics of insomnia therapy: implications for policy. *Sleep Med* 2009; 10 (1): S22-S25.
38. Leger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev*, 2010;14(6): 379-389.

39. Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L. Fragilidad en el anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, *et al.*, editores. Tratado de MEDICINA GERIÁTRICA. Vol 1. España: Elsevier; 2015. p. 383-391.
40. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c1948 [actualizado 16 Ene 2017; citado 21 Feb 2017]. Temas de Salud: Depresión [aprox. 1 pantalla]. Disponible en <http://www.who.int/topics/depression/es/>
41. Gil P, Martín M. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Depresión. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: Scientific Communication Management, 2017.
42. Sierra, JC; Zubeldat, I; Ortega, V; Delgado-Domínguez, CJ. Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño. *Revista de Salud Mental*. 2005;28(3):13-21.
43. García L, Capote G, Pradera Fuentes, MA; Carmona Bernal, C; Sánchez Armengol, A. Valoración mediante escala de Epworth de la somnolencia diurna en pacientes con sospecha de síndrome de apneas obstructivas durante el sueño: diferencias entre los pacientes y sus parejas. *Revista Archivos de Bronconeumología*. 2000;36(11): 608-611.
44. Chica Urzola, HL; Escobar Córdoba, F; Eslava Schmalbach, J. Validación de la escala de somnolencia de Epworth. *Revista de Salud Pública*. 2007;9 (4): 558-567.
45. Yokoyama E, Kaneita Y, Saito Y, Uchiyama M, Matsuzaki Y, Tamaki T, Association between depression and insomnia subtypes: a longitudinal study on the elderly in Japan. *Sleep*, 2010;33(12):1693-1702.

46. Krystal A, Roth T, Rogowski R, Hull S, Efficacy and safety of doxepin 1 mg, 3 mg, and 6 mg in adults with primary insomnia. *Sleep* 2007; 30(11):1555-61.

47. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity of prevention? *JAMA* 1989; 262(11):1479-84.

48. Roth T. New developments for treating sleep disorders. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:3-4.

49. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub; 2000.

50. Contreras Andrea. Insomnio: Generalidades y alternativas terapéuticas de última generación. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2013;24(3) 433-441.

51. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria: guía de práctica clínica [Internet]. Comunidad de Madrid; 2009 [citado 25 feb 2017]. Disponible en:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGPC\\_465\\_Insomnio\\_Lain\\_Entr\\_rapid.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271722823400&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGPC_465_Insomnio_Lain_Entr_rapid.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271722823400&ssbinary=true)

52. FUDEN: Fundación para el desarrollo de la enfermería [Internet]. Madrid: FUDEN; c1989 [citado 25 feb 2017]. Escala de depresión geriátrica – test de Yesavage [1 pantalla]. Disponible en: [https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/escala\\_de\\_yesavage.pdf](https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/05/escala_de_yesavage.pdf)

53. Pilar Jurschik Giménez\_, Miguel Ángel Escobar Bravo, Carmen Nuin Orrio y Teresa Botigué Satorra. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Aten Primaria. 2011;43(4):190—196.

54. Medina J, Fuentes S, Gil I, et al. Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(1):108-190.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumentos de recolección
Síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la unidad geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.	¿Cuál es la prevalencia de los síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad de Geriatría 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins en la Unidad de Geriatría 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017?	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <p>Caracterizar el insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.</p>	Por el tipo de estudio no se requiere necesidad e la formulación de hipótesis.	<p><b>Tipo:</b></p> <p>Estudio cuantitativo porque se estudia la realidad examinando los datos de manera numérica, utilizando especialmente la estadística, la cual hace demostraciones con los acápites independiente de un todo, asignándosele un número y luego se hace inferencias.</p> <p>Según la intervención del investigador es observacional porque no se manipula variables, solo se basa en la</p>	<p><b>Población de estudio:</b></p> <p>Adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017 que requirieron de una valoración geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral.</p> <p><b>Procesamiento de datos:</b></p> <p>El presente estudio de investigación se basa en la extracción de datos de las valoraciones geriátricas integrales a adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad de Geriatria 7C del Hospital Edgardo Rebagliati Martins</p>	<p>Los instrumentos de recolección de información son los siguientes cuestionarios</p> <p>a. Valoración geriátrica integral.</p> <p>b. Escala de Yesavage.<sup>57</sup></p> <p>c. Criterios de fragilidad de Frail.<sup>58</sup></p> <p>d. Índice de gravedad del insomnio.<sup>59</sup></p>

	<p>Identificar las características sociodemográficas asociadas a síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.</p> <p>Proponer medidas que faciliten el restablecimiento del patrón del sueño y estado de ánimo en adultos mayores frágiles admitidos en la Unidad Geriátrica 7C Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2017.</p>	<p>observación de la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos que requirieron una evaluación geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral.</p> <p>Según el número de mediciones de las variables es longitudinal porque se determina la medición en un periodo de tiempo.</p> <p>Según la planificación de la toma de datos es retrospectivo porque se utiliza una base de datos ya realizada.</p>	<p>de enero–diciembre 2017, como parte de la decisión de un tratamiento integral, donde se aplicaron diversas preguntas en las encuestas.</p> <p>La recolección de datos se realizará durante los meses de febrero y marzo del presente año previa autorización del Servicio de Medicina – Unidad de Geriatria a través de trámites administrativos correspondientes. Para su aplicación se analiza la entrevista realizada para el cumplimiento de la valoración geriátrica integral al adulto mayor.</p> <p>Dentro de los datos de la valoración geriátrica integral se encuentran datos de las condiciones sociodemográficas, para caracterizar la población en general, separada por sexo, por grupos de edad y clasificación de escalas de</p>	
--	--	---	---	--

				<p><b>Diseño:</b></p> <p>Según el alcance que de sus resultados es descriptivo porque se pretende determinar la prevalencia de síntomas depresivos e insomnio en adultos mayores frágiles admitidos que requirieron una evaluación geriátrica integral como parte de la decisión de un tratamiento integral, a través de las variables, sin una mayor pretensión explicativa.</p>	<p>síntomas depresivos y el índice de gravedad del insomnio, haciendo una representación porcentual de los mismos.</p> <p>Al finalizar la recolección de datos serán procesados con los programas EXCEL 2016 y SPSS 24.0 para de la recolección de datos, estos son procesados en el programa EXCEL 2016 y el paquete estadístico de SPSS 24.0 para la posterior presentación de resultados. Se utilizará este programa usando el componente de análisis de datos (estadísticos descriptivos: frecuencias y tablas de contingencia) del cual se obtiene la siguiente información</p> <p><b>Tablas de frecuencia:</b> en las cuales se expresan el porcentaje de pacientes que presentan</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					<p>síntomas depresivos e insomnio y el porcentaje de pacientes según las características socio – demográficas.</p> <p><b>Tablas de contingencia:</b> se hacen los cruces para buscar la relación entre las variables.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

## 2. Instrumentos de recolección de datos

### Valoración geriátrica integral

#### DATOS GENERALES

1. Número de seguro social
2. Edad
3. Sexo
  - a. Masculino
  - b. Femenino
4. Antecedentes patológicos
  - a. Diabetes mellitus
  - b. Hipertensión Arterial
  - c. Enfermedad de Parkinson
  - d. Enfermedad de Alzheimer
  - e. Otros: \_\_\_\_\_
5. Estado civil
  - a. Soltero (a)
  - b. Casado (a)
  - c. Divorciado (a)
  - d. Viudo (a)
6. Grado de instrucción
  - a. Primaria Incompleta / Completa
  - b. Secundaria Incompleta / Completa
  - c. Superior Incompleta / Completa
7. Nivel económico
  - a. Bajo
  - b. Mediano
  - c. Alto
8. Dependencia económica
  - a. Sí
  - b. No
9. Lugar de residencia
  - a. Zona rural
  - b. Zona urbana
10. Medicación habitual

11. Valoración funcional

Actividades básicas (Barthel)	Sin ayuda	Con ayuda	No realiza
Alimentación	10	5	0
Lavado	5	0	0
Vestido	10	5	0
Arreglarse	5	0	0
Continencia fecal	10	5	0
Continencia urinaria	10	5	0
Uso de retrete	10	5	0
Traslado sillón – cama	15	10	5
Deambulaci3n	15	10	5
Escalones	10	5	0
<b>Puntaje total</b>	<b>Basal:</b>	<b>Hospitalizaci3n:</b>	

Actividades instrumentales (Lawton y Brody)		
Uso de tel3fono	D	I
Ir de compras	D	I
Preparar alimentos	D	I
Limpieza de casa	D	I
Lavado de ropa	D	I
Uso de transporte	D	I
Uso de medicaci3n	D	I
Manejo de dinero	D	I
<b>Total I</b>		

12. S3ndromes geri3tricos

Ca3das ( )	Polifarmacia
Ulceras de presi3n ( )	Incontinencia urinaria ( ) fecal ( )
Estreñimiento ( )	Vista disminuida ( ) no ve ( )
Dolor ( )	O3do disminuido ( ) sordo severo ( )
Inmovilidad ( )	Marcha alterada ( )
Sincope ( )	Deformidad de pies ( )
Insomnio ( )	Hipotensi3n ortost3tica ( )
Delirium ( )	

### 13. Valoración cognitiva

Minimental abreviado. Colocar un punto por respuesta correcta	
¿Qué año estamos? ( )	¿En qué país estamos? ( )
¿Qué estación del año estamos? ( )	¿En qué ciudad estamos? ( )
¿Cuál es la fecha de hoy ( )	¿En qué distrito estamos? ( )
¿Qué día de la semana es hoy ( )	¿En qué piso estamos? ( )
¿En qué mes estamos ( )	¿Cuál es el nombre del lugar? ( )
Se nombra 3 objetos, se pide que los repita y que los memorice porque se le va a preguntar nuevamente, un punto por objeto recordado Piña ( ) Mesa ( ) Pelota ( )	
Deletree la palabra MUNDO al revés letra por letra	
¿Cuáles fueron los tres objetos que le pedí que recordara? Piña ( ) Mesa ( ) Pelota ( )	
Le voy a dar un papel: tómallo con su mano derecha, dóblelo por la mitad por ambas manos y colóqueselo sobre las piernas	
Dibujo: muestre al entrevistado el dibujo con los dos círculos que se cruzan. Es correcto si los círculos no se cruzan más de la mitad	
Puntaje máximo: 19 puntos; Normal: > o = 14; Alterado: < o 13	

### 14. Valoración social

Condiciones de vivienda	buena ( ) regular ( ) mala ( )
¿Con quién vive?	solo ( ) esposo ( ) otro ( ) asilo ( )
Soporte social	
Actividades recreativas: Participa	sí ( ) no ( )
Situación económica:	suficiente ( ) insuficiente ( )

## 15. Cribaje nutricional

<p>¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual</p>
<p>Pérdida reciente de peso (&lt;3 meses)</p> <p>0 = &gt; 3kg 1 = no lo sabe 2 = entre 1 y 3 kg 3 = no pérdida de peso</p>
<p>Movilidad</p> <p>0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio</p>
<p>¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?</p> <p>0 = sí 2 = no</p>
<p>Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos</p>
<p>Índice de masa corporal</p> <p>0 = IMC &lt; 19 1 = <math>19 \leq \text{IMC} &lt; 21</math> 2 = <math>21 \leq \text{IMC} &lt; 23</math> 3 = <math>\text{IMC} \geq 23</math></p> <p>12 – 14: puntos: estado nutricional normal 8 – 11 puntos: riesgo de malnutrición 0 – 7 puntos: malnutrición</p>

## Escala Frail

1. Fatigabilidad: ¿Qué parte del tiempo durante las últimas cuatro semanas te sentiste cansado?

1 = Todo el tiempo

2 = La mayoría de las veces

3 = Parte del tiempo

4 = Un poco del tiempo

5 = En ningún momento

2. Resistencia: ¿Tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?

1 = Sí

0 = No

3. Deambulaci3n: Por ti mismo y no el uso de ayudas. ¿Tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?

1 = Sí

0 = No

4. Comorbilidad: para 11 enfermedades, se pregunta lo siguiente: ¿Alguna vez un m3dico le dijo que usted tiene.....

1 = Sí

0 = No

Enfermedades: Hipertensi3n Arterial, Diabetes Mellitus, C3ncer, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cr3nica, Ataque Cardiaco, Insuficiencia Cardiac Congestiva, Angina de Pecho, Asma, Artritis, Accidente Cerebrovascular o enfermedad renal

5. P3rdida de Peso:

¿Cu3nto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? .....

¿Y cu3nto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta hace un a3o en este mismo mes? ....

## Escala de Yesavage

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Esta básicamente satisfecho con su vida?                      | Sí | No |
| 2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?         | Sí | No |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía?                                | Sí | No |
| 4. ¿Se siente a menudo aburrido?                                  | Sí | No |
| 5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?                 | Sí | No |
| 6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?                       | Sí | No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                    | Sí | No |
| 8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?                             | Sí | No |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? | Sí | No |
| 10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?    | Sí | No |
| 11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?                          | Sí | No |
| 12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?            | Sí | No |
| 13. ¿Piensa que su situación es desesperada?                      | Sí | No |
| 14. ¿Se siente lleno de energía?                                  | Sí | No |
| 15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?        | Sí | No |

## Índice de gravedad del insomnio

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
Dificultad para quedarse dormido (a)	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido (a)	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo estas de satisfecho(a) en la actualidad con tu sueño?

Muy satisfecho insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy		
0	1	2	3	4

3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ejem: durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.?)

Muy satisfecho insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy		
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta tu calidad de vida?

Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy insatisfecho		
0	1	2	3	4

5. ¿Cómo estas de preocupado(a) por tu actual problema de sueño?

Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy insatisfecho		
0	1	2	3	4

### **3. Información adicional**

#### **Medidas para restablecer el patrón del sueño**

1. Fijar una hora para dormir y levantarse.
2. Impedir actividades en el lecho que no sean dormir.
3. Reiterar diariamente, durante la noche, actos que contribuyan irse a dormir.
4. Evitar relojes y visualizar la hora al levantarse.
5. Impedir siestas durante las mañanas y tardes.
6. Reducir el consumo de líquidos por las noches y sobretodo que contengan cafeína.
7. Evitar el consumo de alcohol y tabaco horas antes de conciliar el sueño.
8. Mantener la habitación a una temperatura adecuada y con niveles reducidos de luz y ruido.
9. Considerar los efectos pueden tener sobre el sueño de algunos fármacos.

#### **Medidas no farmacológicas que faciliten el restablecimiento del estado de ánimo en pacientes frágiles**

1. Realizar ejercicio físico en el cual se incluya la práctica de ejercicio aeróbico y anaeróbico.
2. Realizar terapias corporales como el tai Chi Chuan, tai Chi Chih, qi Gong y yoga.
3. Aplicar cambios en el estilo de vida como medidas higiénico dietéticas.
4. Evitar y/o erradicar el tabaquismo y consumo de alcohol.
5. Utilizar cuidadosamente suplementos dietarios y tratamientos herbales.

6. Participar en sesiones de psicoterapias tales como la terapia de activación conductual, terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia psicodinámica, terapia cognitiva basada en la conciencia plena y terapia de solución de problemas.

7. Participar en sesiones de medicina complementaria tales como la hipnoterapia y acupuntura.

8. Aplicar la biblioterapia.

**Fuente:**

A. Gil P, Martín M. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Depresión. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: Scientific Communication Management, 2017.