



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRASTORNO DEL
SUEÑO SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL GENERAL MARÍA AUXILIADORA 2020**

PRESENTADO POR
EDENIA ALANGUIA VELASQUEZ
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASESOR

GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

LIMA – PERÚ

2022



CC BY-NC-SA

Reconocimiento – No comercial – Compartir igual

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRASTORNO DEL
SUEÑO SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL GENERAL MARÍA AUXILIADORA 2020**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

PRESENTADO POR

EDENIA ALANGUIA VELASQUEZ

ASESOR

DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

LIMA, PERÚ

2022

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	14
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	16
3.2 Variables y su operacionalización	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Diseño metodológico	18
4.2 Diseño muestral	18
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	20
4.4 Procesamiento y análisis de datos	21
4.5 Aspectos éticos	21
CRONOGRAMA	22
PRESUPUESTO	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24
ANEXOS	28

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El concepto de insomnio se describe como la dificultad en el momento de conciliar el sueño y en su continuación, a pesar de las condiciones necesarias para este proceso, provocando un sueño no reparador con las consecuencias de una alteración en el funcionamiento de las distintas áreas: personal, académico, laboral y social.

Luego de los 11 años se presenta con más frecuencia la alteración en el sueño. Llegando en la etapa adulta, 7 de cada 10 adultos tiene alteración en algún punto de las fases de sueño. Muchas veces relacionados con algún factor desencadenante trastornos como depresión, ansiedad y consumo de drogas u otras sustancias. (1)

El insomnio crónico y los trastornos psiquiátricos coexisten con frecuencia, aún más en estos tiempos de pandemia, la magnitud de los problemas sanitarios salió a la luz, afectando a la población en general. Además, la pandemia que condicionó en su momento de auge el confinamiento ha incrementado los casos de alteraciones mentales y psicológicas, principalmente por la ausencia de comunicación interpersonal, incrementándose así los trastornos depresivos, la ansiedad y las alteraciones del sueño. (2)

La mitad de los sujetos con insomnio crónico tienen un trastorno mental pasado o actual. El insomnio agudo y subagudo se relaciona más a menudo con un trastorno mental actual que el insomnio crónico. Sin embargo, los sujetos con insomnio crónico (que duran más de un año) con mayor frecuencia tienen antecedentes psiquiátricos. Es importante destacar que cuando se trata de alguna comorbilidad o algún trastorno del estado de ánimo, el insomnio apareció primero en más del 40% de los casos; Cuando se trata de una recaída del trastorno del estado de ánimo, el insomnio apareció primero en el 56% de los casos. Este no es el caso de la ansiedad; en aproximadamente el 80% de los casos, la sintomatología de ansiedad e insomnio apareció al mismo tiempo. (3).

En pacientes con problema de alcoholismo tienen trastornos del sueño, principalmente del tipo insomnio, que persisten durante más de un año después de dejar de beber. (4) Cabe resaltar que en personas con insomnio se ha estudiado que pueden presentar mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas. Algunos estudios han sugerido que la asociación está mediada principalmente por la depresión subyacente, mientras que, en otros estudios, la asociación está presente incluso después de ajustar las comorbilidades psiquiátricas. (5)

Los trabajos de investigación sobre los trastornos de sueño en nuestra población son poco frecuentes; sin embargo, los trastornos del sueño son altos por ser uno de los síntomas presentes en diversos pacientes con distintas patologías, que no son evaluados adecuadamente por diversos especialistas.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora 2020?

1.3 Objetivos

Objetivo general

- Establecer los factores de riesgo asociados al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.

Objetivos específicos

- Determinar si la edad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.
- Determinar si el estado civil es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.
- Determinar si la obesidad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.

- Determinar si la comorbilidad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.

1.4 Justificación

La presente investigación es relevante porque permitió profundizar sobre el tema de investigación, motivo por el que se estima que es de mucho interés e importante investigar sobre los problemas mencionados en la presente investigación, ya que, es un trastorno prevalente y cuenta con pocas revisiones e investigaciones debido al déficit del desarrollo del sistema en la salud mental de los pacientes.

Debido a la pandemia en la que nos encontramos, se ha incrementado las patologías psiquiátricas, evidenciándose en la población la falta de prevención y promoción de la salud mental. Un especial interés a caracterizar son las alteraciones del patrón del sueño, radicando su importancia en un adecuado manejo y control, siendo esta una de las más frecuente e importante porque su regulación genera un cambio conductual, emocional e intelectual.

Este trabajo se sustenta, pues constituye en una forma el de proteger la salud mental, contribuye como aporte a la cultura que brinda conocimientos actualizados permitiendo ilustrar con teorías y conceptos sistematizados referente al tema de investigación, por lo que si el trastorno del sueño no se investigada con la finalidad de instaurar el manejo adecuado, puede generar en los pacientes psiquiátricos conductas de riesgo como fumar, consumo de alcohol que puede llegar a adicción, consumir sustancias que contienen cafeína o fármacos sin prescripción alterando el bienestar personal, laboral.

Los resultados que se obtenga en esta investigación serán útiles para el desarrollo de intervenciones sanitarias adecuadas y objetivas, permitiendo ampliar conocimientos y tener bases estratégicas en el ámbito de la salud mental, ya que al conocer los factores de riesgo asociados al trastorno del sueño en el servicio de psiquiatría mejorará la calidad de vida y alivia en el pronóstico de las comorbilidades psiquiátricas, finalmente este será fuente de consulta o servirá como referencia para investigaciones futuras que presenten alguna variable del estudio.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente estudio es viable considerando que se tiene en cuenta el aumento del flujo de pacientes con patología mental que acuden al consultorio.

Políticamente, es posible investigar sobre este punto, siendo importante por la repercusión en la salud mental; ya que, se cuenta con alternativas de solución.

No existen problemas éticos para la realización de esta investigación; ya que, forma parte de la evaluación de los síndromes psiquiátricos. El desarrollo del presente estudio está basado en los principios bioéticos.

La presente investigación es viable porque se cuenta con la autorización de la jefatura del servicio de Psiquiatría y autorización de la gerencia del nosocomio.

Así mismo, este estudio es factible porque se dispone del tiempo necesario para realizar esta investigación y el recurso humano para su ejecución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En un estudio llevado a cabo por Britton A, et al. en London UK. en el 2020. En una población general de adultos mayores 6117 sujetos. El consumo de alcohol desmedido es responsable de la alta prevalencia de problemas de sueño en la vejez. Se muestra tener peores perfiles de sueño en términos de despertarse cansado y despertarse varias veces. El hallazgo más relevante de los autores fue que las personas que presentaron problemas para iniciar y conciliar el sueño referían beber en exceso de manera persistente, así mismo se sugiere que pueden estar usando alcohol como sedante. (6)

En un estudio realizado por Kolla BP, et al., en Estados Unidos, en el año 2019. Muestra que el 88% de los sujetos (266 de 303) que se encontraban en terapia por dependencia del alcohol, informaron trastornos del sueño. La alteración del sueño inicial se asoció con síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, ansias, propensión a beber cuando se experimentan emociones desagradables, malestar físico, pérdida de control personal, conflicto, número de bebidas consumidas, días de consumo y días de consumo peligroso. La interrupción del sueño es extremadamente común en la recuperación temprana del alcohol. (7)

En una investigación realizada por Lauriola, et al., en Italia en el año 2019. Nos muestra que alrededor de las dos terceras partes de los participantes (n = 205, 68%) tienen poco sueño y 125 (40%) informaron insomnio subliminal. 20 (7%) informaron insomnio moderado o grave. Además, describieron que alrededor de una cuarta parte de los participantes (n = 76, 25%) presentaron síntomas de depresión por encima del umbral y una cantidad similar (n = 78, 26%) presentaron síntomas de ansiedad. Además, encontraron fuerte relación en cuanto a la depresión y la ansiedad con la severidad del insomnio, pero no con mala calidad del sueño. (8)

En un estudio llevado a cabo por P. Geoffroy et al. De Estados Unidos en el 2018. Muestra que los participantes con episodio depresivo mayor tenían más propensión al insomnio. Con una cantidad de 3573 participantes (edad media = 44.0 años). Entre estos participantes el 85,2% tiene insomnio. Más específicamente, 9.7%

tuvieron problemas para conciliar el sueño, 6.4% se despertó demasiado temprano, 32.4% problemas para conciliar el sueño y se despertaron demasiado temprano. Además, se describe tuvieron más probabilidades de ser mujer, de un grupo de edad más joven y de tener un mayor nivel educativo. (9)

En un estudio realizado por S. Rutten et al., en los Países Bajos en el año 2017. Este estudio tuvo a 361 pacientes. El insomnio inicial no se asoció con síntomas de ansiedad o depresión en el seguimiento. Sin embargo, al observar las relaciones inversas, los síntomas basales de ansiedad y depresión se asociaron significativamente con presencia de insomnio después de seis meses de seguimiento. Mostrándose el insomnio como síntomas secundarios a las patologías mentales. (10)

En un estudio llevado a cabo por S. Appleton et al., de Australia en el 2017. Realizó su estudio con 1011 participantes. Determinando que 20.0% (n = 202) tenían síntomas de insomnio de acuerdo con los criterios de ICSD-3. En este estudio muestra además que existen otras causas de insomnio como son las causas orgánicas como por apnea obstructiva del sueño, dentro de este estudio ocupa una prevalencia importante, para tener en cuenta los diagnósticos diferenciales. (11)

En un estudio realizado por A. Bradley et al., del Reino Unido, Australia en el año 2017. Donde nos mostró del total de su población estudiada 23 (50%) pacientes con trastorno bipolar (BD) tenían sueño anormal. El trastorno bipolar se asocia con altas tasas de sueño anormal y alteración del ritmo circadiano. (12)

En un estudio llevado a cabo por Li, et al., de China en el 2017. Los resultados de este estudio prospectivo, que incluyó a 11.052 participantes. Mostraron la asociación entre la duración del sueño nocturno <6 h y los síntomas depresivos persistentes fueron significativos (OR = 1.404, IC 95%: 1.161, 1.699) para la población de mediana edad y aparentemente significativos (OR = 1.365, IC 95%: 0.979, 1.904) para ancianos. La corta duración del sueño nocturno siendo el factor de riesgo sin la dependencia en la incidencia y persistencia de los síntomas depresivos. (13)

Estudio realizado por A. Diez de los Ríos Rubio, et al., en España en el 2016. De los 40 pacientes estudiados muestra que, el 65% necesita algún medicamento para dormir. La evaluación de los tipos de insomnio, arrojó que el tipo más prevalente es

el de “mantenimiento”, que se encuentra afectando al 57%. Así mismo, de estos últimos, alrededor del 38% sufrían despertares nocturnos por más de media hora y el 15% ya no volvían a conciliar el sueño. Por otro lado, casi el 46% refería no poder quedarse dormido en menos de 30 minutos. En este estudio observamos que más de la mitad de los pacientes tiene la necesidad de utilizar algún medicamento para intentar conciliar el sueño. (14)

En un estudio llevado a cabo por J. Antomás, et al., en España en el 2016. Se realizó un estudio a una población de 425 pacientes, que habían sido internados en unidades psiquiátricas, en todos ellos aplicaron la escala de Atenas para el insomnio. Los resultados indican que el 53% de la población presentó insomnio, siendo este la prevalencia estimada de insomnio y que la misma no se relaciona con el sexo, pero si con el motivo de ingreso, como trastornos depresivos ($p=0.032$) (15)

En un estudio realizado por D. A. Kalmbach, et al., de EE.UU. en el año 2016 se observó que las edades de los pacientes del estudio fueron entre 18 y 67 años, la mayoría en la edad adulta media (46,0 y \pm 13,3). Las mujeres constituyeron el 65.3% ($n = 2,557$). Los análisis de chi-cuadrado evidenciaron que la depresión y ansiedad eran más frecuentes en las personas con problemas de sueño y los insomnes de sueño corto fueron positivo para la depresión (41%) y la ansiedad (12%). Observamos en el estudio que en todos los grupos de personas que duermen mal tienen más posibilidades de presentar depresión. Los pacientes con insomnio mostraron una mayor probabilidad de padecer depresión, mostrando que las probabilidades de que los insomnes de sueño corto alcanzaran el umbral de depresión eran casi 10 veces más altas que los controles (OR = 9.73, $P < 0.001$), mientras que los insomnes con una duración normal del sueño tenían siete veces más probabilidades de depresión que los que duermen bien (OR = 6.97, $P < 0.001$). Los insomnes con sueño corto (OR=7.54, $p < 0,001$) y la duración normal del sueño (OR=6.71, $P < 0,001$) tuvieron las mayores probabilidades de ser positivos para la ansiedad en comparación con los controles. Mostrando fuerte relación existente con los síntomas de depresión y ansiedad con los problemas de insomnio variando de acuerdo a las características y calidad de sueño. (16)

En un estudio llevado a cabo por Caballero, et al., en el Perú en el 2020. La población de estudio fue de 220; de los cuales se determinó que el 17% padece de insomnio y de ellos se ha relacionado con el consumo de alcohol y fumadores. Mayor riesgo de presentar insomnio fueron las personas mayores de 38 años. (17)

2.2 Bases teóricas

Neurobiología del sueño

El sueño es una necesidad fisiológica y es variable en cuanto al tiempo y calidad del mismo según diversas características de la vida como la edad, entorno y ambiente; las características del sueño son cambiantes desde una disminución en la conciencia, a la respuesta y los estímulos ambientales pudiendo llegar a la inmovilidad, con un periodo diario, que en su reducción o ausencia conlleva a alteraciones importantes en la conducta, cognición y la fisiología del hombre. (18)

Su regulación es compleja, y depende de neurotransmisores estimulantes como la dopamina, histamina, glutamato y norepinefrina, los neurotransmisores inhibitorios como el GABA, la glicina y adenosina, los neurotransmisores reguladores acetilcolina, melatonina y serotonina; se han visto alterados en distintas patologías.

Para el mantenimiento del estado de vigilia la dopamina es uno de los más importantes, la histamina producida en el núcleo tuberomamilar principalmente, este neurotransmisor es esencial para mantener el estado de alerta y los otros neurotransmisores colaboradores como las orexinas y el glutamato, regulando química y eléctricamente. (18)

El neurotransmisor inhibitorio GABA es el principal acompañado de la adenosina quien es liberada en la zona preóptica y en el área del hipotálamo anterior son los que estimula el sueño NREM, en tanto la glicina actúa en la regulación de la atonía en la fase del sueño REM.

Otro neurotransmisor regulador es la acetilcolina en abundantes concentraciones en la formación reticular activadora ascendente cumple una función en la regulación del sueño REM, en tanto la serotonina siendo este un neurotransmisor inhibitorio en el sueño REM y otra sustancia secretada por la glándula pineal que es la melatonina esto en respuesta a una disminución de la luz ambiental con el fin de

regular un ciclo de sueño-vigilia, generando la somnolencia necesaria para comenzar el sueño principal. (18)

Se tiene claro que el sueño está muy relacionado con un ciclo de día y de noche, denominándose ritmo circadiano, con relación a la luz del sol para la realización de las distintas actividades de la vida cotidiana y la oscuridad para relajarnos y dormir; guiados con nuestro reloj interno que dura 24 horas.

Teniendo la necesidad de estandarizar para evaluar el desarrollo del sueño en un periodo de tiempo, el procedimiento se denomina polisomnografía o estudio del sueño, utilizándose electrodos y sensores, impregnando en distintas zonas del cuerpo, registrándose diferentes variables en el electroencefalograma, electrofisiológicas, electro-oculograma, flujo respiratorio, oximetría, electromiografía en miembros inferiores, el mentón y la posición corporal. Todo en conjunto determinará el estadio del sueño. (18)

Las mujeres muestran el doble de husos de sueño y más sueño de onda lenta, pasa más tiempo durmiendo en un lugar libre y se evidencia una disminución más lenta de la actividad delta tienen una mejor calidad objetiva del sueño que en comparación con los hombres, entre algunas de las explicaciones de porque el insomnio es más común en el sexo femenino. (19)

El sueño y sus etapas

En el sueño se evidencia un orden secuencial y además cíclico, tiene un promedio duración de noventa minutos, que consta de cuatro a seis ciclos en la noche y varía por el número de horas que duerme el individuo. Se describen dos estados, uno de ondas lentas y otro que se caracteriza por el movimiento rápido ocular MOR). Este primero, que también se reconoce como “movimientos oculares no rápidos” se divide en 4 etapas: (20)

- **Etapa I del sueño o transición**, En esta etapa la somnolencia, se inicia con el reemplazo por ondas lentas (onda theta) de mayor amplitud dejando atrás la secuencia de ondas de alfa de vigilia y a las rápidas, las que son de menor amplitud. En ese instante el individuo de forma progresiva se desconecta de su entorno, disminuyendo su reactividad y puede presentarse sueños hipnagógicos. Que generaría un despertar brusco. (20)

- **Etapa II del “sueño ligero”**, nos muestra en la electroencefalografía la representación con “husos del sueño” además “complejos K.” Estos husos corresponden a la ráfaga de la onda alfa que están graficadas en un intervalo de 2 a 5 por minutos, en cuanto a estos complejos K, se describen como unas ondas amplias además agudas graficadas 1 por minuto. Los músculos inician una relajación progresiva, un aumento en su desconexión con el entorno y una disminución progresiva del índice metabólico; teniendo una disminución en la reactividad de su entorno, se puede despertar ante un estímulo intenso. (20)
- **Etapa III y IV del sueño o sueño profundo**, será la etapa del sueño que se caracteriza por ser profundo y prolongado, mostrando ondas lentas, considerándose el momento reparador por ende descanso placentero. El índice metabólico disminuye lo máximo, tanto la reactividad y la conexión con el entorno. El despertar del individuo es de mucha dificultad y cuando se logra el individuo se muestra confuso, pero de manera transitoria. Se evidenciará en el electroencefalograma una sincronización (mayor amplitud y menor frecuencia); se muestran las ondas delta, además en estas etapas las más pronunciadas son las ondas deltas. Se describe la presencia del 20 al 50% de las ondas delta en la tercera etapa y mayor del 50% de las ondas delta en la cuarta etapa.

Etapa del sueño: MOR

Posterior a los 70 minutos del sueño, correspondientes fases III y IV primordialmente, el individuo se encuentra con una inquietud e intenta regresar a la vigilia, entra a un sueño mostrando en el electroencefalograma un patrón parecido a la etapa I, con una desincronización (menor amplitud y mayor frecuencia), además con una pequeña complicación para levantar al individuo. Las funciones vitales, índice metabólico y de la conexión con el entorno va mejorando y agregado a la aparición de movimientos oculares rápidos, llamándose sueño paradójico. (20)

Se describen que los ensueños, llegando alrededor del 80% de los individuos que son despertados tendrán imágenes visuales vividas; se presentan en esta etapa. El primer periodo MOR tiene una duración de diez minutos, completando un ciclo y el inicio de los siguientes.

El primer periodo MOR tiene una duración de diez minutos, terminando un ciclo, posterior a ello iniciará otro ciclo del sueño, se pueden presentar semi-despertares de corta duración. A medida que pasa la noche se prolonga el periodo MOR y se acortan los periodos II y IV.

Trastorno de sueño:

Las personas con este padecimiento, a menudo refieren que se sienten cansados y durante periodos diurnos pueden presentar ciertos episodios de sueño percibido, el que se traduce como anormales. La más frecuente dentro de su clasificación es el trastorno de insomnio. (21)

Trastorno de insomnio

Suele acompañarse con depresión, cambios cognitivos y ansiedad, como pródromos de algún trastorno mental la persistencia de las alteraciones del sueño será el factor de riesgo para presentar trastornos mentales, uso nocivo de drogas llegando a la adicción; por lo que se requiere una adecuada evaluación y sospecha de otros síntomas concomitantes para intervenir precozmente, evitando deterioro de la persona en sus distintos aspectos.

Esta alteración del sueño sirve también para sospechar de otras enfermedades médicas, con ello cierta importancia a las patologías neurológicas; los más frecuentes relacionados con el sistema respiratorio, sistema cardiaco y el sistema muscular.

El insomnio es una interacción compleja de activación cognitiva psicológica y mecanismos circadianos y homeostáticos alterados. La disminución de la función del interruptor de sueño-vigilia también puede contribuir al insomnio. Durante el sueño, hay una transición lenta a ciclos de sueño con movimientos oculares rápidos conocido como sueño REM. (22)

Factores de riesgo

Los problemas en el sueño se manifiestan cuando el individuo predispuesto sufre algún evento estresante en su vida de leves cuando es persistente y severa. Cuando el evento estresante haya desaparecido algunos individuos suelen regular el sueño siendo este caso en la mayoría, en cambio en otros tienden a la cronicidad de acuerdo a la susceptibilidad de cada individuo. Otros factores que intervienen y

que empeore el estado es la higiene del sueño, irregularidad del sueño, creencias irracionales sobre el sueño, la alimentación.

Otros individuos predispuestos son los que tiene, edad, sexo femenino, una alteración en su personalidad, la cognición que manifieste ansiedad, los que reprimen emociones y los que tienen algún trastorno psiquiátrico comórbido. (23)

En cuanto al ambiente también se encuentran factores que predisponen a problemas en el sueño son el ruido, la temperatura baja o alta, la luz y las altitudes. (24)

Tipos de insomnio

En donde se recopilan los transitorios y los persistentes (crónico).

- **Insomnio transitorio**

Alguna alteración en el contexto ambiental basal del individuo que requiere para un buen dormir, genera episodios de insomnio, y es peor cuando es agudo.

Aproximadamente el 80% de los individuos que tienen insomnio transitorio tiene que ver con factores psicológicos. Sobre todo, cuando tienen estrés (problemas laborales, financieros, familiares, interpersonales) por lo que tendrá más tiempo para pensar en sus problemas y rumear al respecto, creándose otros problemas mentales; sin ser reparador el sueño. (24)

- **Insomnio crónico**

En su mayoría los insomnios crónicos tienen relación con algún problema psiquiátrico, orgánico o conductual. Dentro de lo orgánico está el dolor como causa más frecuente.

En cuanto a los trastornos psiquiátricos tienen más relación con el insomnio crónico son los trastornos de personalidad, ansiedad y fobias. En los individuos que padecen de algún tipo de depresión el insomnio se caracteriza por despertares frecuentes, una latencia relativamente normal y una disminución de las horas de sueño. Por último, la esquizofrenia en su fase psicótica también se asocia con insomnio de inicio y mantenimiento y a veces es global.

Durante la fase de abstinencia y toleración a distintas drogas depresoras del sistema nervioso central (antihistamínicos, barbitúricos, benzodiazepinas, entre otras) presentan despertares y dificultad para reiniciar el sueño, además de alterar la fisiología del sueño; por el consumo de diferentes fármacos depresores.

El consumo de alcohol en grandes cantidades puede alterar el ciclo y las etapas del sueño, así mismo, la abstinencia provoca menor tiempo de la fase III y IV. En tanto el uso de estimulantes aumenta la latencia del sueño y disminución en cuanto a la duración total del sueño. (24)

Criterios diagnósticos del Trastorno de Insomnio según DSM V

- A.** Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Dificultad para iniciar el sueño.
 - 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.)
 - 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B.** La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
- D.** La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
- E.** La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F.** El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia
- G.** El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia
- H.** La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio. (25)

Se describe el insomnio como algo agudo o situacional, recurrente o persistente. Lo primero dura semanas que es generado por un estrés agudo o alteración en el horario del sueño por decisión; que luego se puede restaurar desapareciendo el estímulo, excepto en personas con alguna predisposición que pueden ser crónicos.

La presencia de insomnio es prevalente en el adulto de edad mediana que se caracteriza por el inicio del sueño y en cuanto a la edad avanzada se altera el mantenimiento del sueño. El incremento de insomnio puede estar relacionado con la edad por los problemas mentales y la salud física. (26)

Deterioro cognitivo y los trastornos del sueño

Los pacientes que tiene Alzheimer (EA) el 40% presentan problemas en el sueño, siendo específicos insomnio de mantenimiento y también en otros que padecen de demencia; la gran prevalencia se puede relacionar con una alteración neuroanatómico (ciclo sueño-vigilia) específicamente en el núcleo supraquiasmático luego de recibir estímulo a través de la luz por la retina, para la secreción de melatonina, posterior al estímulo a la glándula pineal.

Cuando envejecemos este núcleo también se deteriora y se capta el estímulo necesario para la producción de melatonina, conllevando la alteración del ritmo circadiano.

Otro mecanismo de trastornos en el sueño es a través del deterioro de las vías colinérgicas, perteneciente al sistema reticular activador ascendente.

La relación del deterioro cognitivo y trastorno del sueño es bidireccional, en los que padecen demencia tienen alteraciones en el sueño y los pacientes con problemas en el sueño presentan mayor predisposición para el deterioro cognitivo y otros trastornos mentales. (18)

2.3 Definición de términos básicos

- **Insomnio:** se considera como la incapacidad para iniciar o mantener el sueño, o la percepción de la incapacidad para dormir. (27)
- **Trastorno Bipolar:** Este trastorno es una disfuncionalidad en el afecto que a veces se da en ciclos, presentándose manía, hipomanía y depresión. (26)
- **Depresión:** Alteración en el afecto que se manifiesta con sentimiento de gran tristeza, de minusvalía, desesperanza, apatía. (24)

- **Trastorno de ansiedad:** se caracterizan por miedo, angustia y evitación en ausencia de una amenaza objetiva. (28)
- **Buenos durmientes:** Son los individuos satisfechos con sus patrones de sueño. No presentan síntomas de insomnio y no usan medicamentos recetados o de venta libre para promover el sueño. (30)
- **Trastornos adictivos y relacionados con sustancias:** Son los individuos que presentan un trastorno con drogas de abuso, las sustancias habituales son la marihuana, pasta básica de cocaína, tabaco, consumo de alcohol u entre otras. (31)

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Hipótesis general

La edad, estado civil, obesidad y presencia de comorbilidad son factores de riesgo asociados al trastorno del sueño en pacientes ambulatorios del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora 2020.

Hipótesis específicas

- La edad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.
- El estado civil es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.
- La obesidad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.
- La comorbilidad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo	Escala	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Variables independientes					
Edad	Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento de la persona, según documento de identidad.	Cualitativa	Ordinal	18-29 años (2) 30-59 años (1) ≥60 años (0)	Historia Clínica
Sexo	Características biológicas según documento de identidad.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Masculino (1) Femenino (0)	Historia Clínica
Estado Civil	Condición de la persona al respecto de su vínculo actual con otra persona.	Cualitativa	Nominal politómica	Soltero (3) Conviviente/Casado (2) Divorciado (1) Viudo (0)	Historia Clínica

Obesidad	Condición antropométrica en donde la persona presenta más de 30 Kg/m ² de masa corporal.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (0) No (1)	Historia Clínica
Comorbilidad	Presencia de patología crónica anteriormente diagnosticada, consignado en historial médico, incluyendo patologías cardiovasculares, y metabólicas.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (0) No (1)	Historia Clínica
Depresión	Diagnóstico médico de depresión, según historial médico, sin considerar el cumplimiento del tratamiento.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (0) No (1)	Historia Clínica
Ansiedad	Trastorno mental asociado a preocupación excesiva y anticipada por hechos que no han ocurrido, con puntaje de 10 o más en la escala de GAD-7.	Cualitativa	Nominal dicotómica	Si (0) No (1)	Escala GAD-7
Variable dependiente					
Insomnio	Trastorno del sueño, catalogado por la obtención de más de 7 puntos en el "Índice de gravedad del insomnio" consignado en la ficha de recolección de datos.	Cuantitativa	Nominal dicotómica	Si (0) No (1)	Índice de gravedad del insomnio

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

Según el momento en la recolección de datos el tipo de estudio es retrospectivo.

El tipo de estudio corresponde a una investigación observacional según la intervención del investigador, ya que no se realiza ninguna intervención ni se manipulan las variables y se restringe solo a realizarse la observación de las mismas.

Según el diseño de investigación es casos y controles, ya que se busca la evaluación de los factores de riesgo que se asocian al trastorno del sueño.

4.2 Diseño muestral

Población y muestra

Población

Para el estudio se considera como población a todos los pacientes que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del año 2020.

Muestra

La muestra se calculó a partir de un estudio previo (16), del cual se consideró la proporción de pacientes con insomnio que presentaron depresión (32.6%) y el OR de la depresión como factor de riesgo de insomnio ($OR=6.97$), utilizando la calculadora EPIDAT 4.2 de libre acceso, se calculó el tamaño de muestra para estudios de casos y controles, asignando una confiabilidad del 95%, potencia del 80% y un control por cada caso, obteniendo así un total de 86 pacientes.

Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	32,600%
Proporción de controles expuestos:	6,489%
Odds ratio a detectar:	6,970
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	43	43	86

El muestreo a aplicar será el aleatorio simple.

Criterios de selección

Criterios de inclusión para los casos:

- Pacientes de ambos sexos, cuya edad supere los 18 años de vida, capaces de cooperar voluntariamente con el llenado de la respectiva encuesta y que presentan trastorno del sueño.

Criterios de exclusión para los controles:

- Pacientes de ambos sexos, cuya edad supere los 18 años de vida, capaces de cooperar voluntariamente con el llenado de la respectiva encuesta y que presentan trastorno del sueño

Criterios de exclusión para ambos grupos:

- Pacientes que acuden solo para certificado de buena salud mental.
- Pacientes con enfermedades mentales incapacitantes o que alteren su realidad, analfabetos o con algún trastorno severo de la visión que no le permite leer el cuestionario por su propio medio.
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

El presente estudio de investigación se basa en la extracción de datos de historias clínicas, entrevista semiestructurada y encuesta índice de gravedad del insomnio, por lo que la técnica será la revisión documental de encuestas.

El instrumento consiste en la ficha de recolección de datos que se compone de las variables de estudio incluyendo dos escalas que se describen a continuación:

- **Índice de gravedad del insomnio:** Escala validada en castellano (Fernández-Mendoza et al, 2012), siendo el original en inglés Insomnia Severity Index (Bastien CH, Vallières A, Morin CM). Tipo de instrumento es estructurada de cinco ítems, autoaplicada y que se puede completar en un tiempo menor de 10 minutos. Cada ítem tiene la posibilidad de obtener de 0 a 4 puntos, asignando cero a “nada”; uno a “un poco”, dos a “algo”, tres corresponde a “mucho” y cuatro a “Muchísimo”, por lo que el paciente obtendrá un puntaje final entre 0 y 28 puntos, siendo 7 el punto de corte ser catalogado como insomnio.
- **Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7):** escala de auto reporte que evalúa los síntomas de ansiedad según los criterios internacionales DSM-V, que consiste en 7 preguntas con 4 opciones de respuesta desde “nunca” hasta “casi todos los días”, en donde se asigna una puntuación de cero a tres, respectivamente. El puntaje total obtenido es simplemente la sumatoria de los puntos obtenidos de los 7 ítems, con puntaje mínimo de cero y máximo de 21, en donde se considerará al paciente con ansiedad si obtiene 10 o más puntos (31). Dicha escala ha sido validada al español y es ampliamente utilizada a nivel mundial debido a su facilidad, además de contar con una alta confiabilidad (alfa de Cronbach de 0.94) para la determinación de la ansiedad (32).

Además, se realizará la revisión de Historias Clínicas para el diagnóstico de depresión, ya que su diagnóstico requiere de mayor atención.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Posterior al llenado de las fichas por parte de los pacientes y cruzada la información de los registros médicos, estos datos serán ingresados en Excel 2019, para ser almacenados y posteriormente procesados con el programa SPSS 26 para la posterior presentación de los resultados. Se utilizará este programa usando el componente de análisis de datos 29 (estadísticos descriptivos: frecuencias y tablas de contingencia) del cual se obtendrán tablas de frecuencia.

Tablas de frecuencia: En las cuales se mostrará el porcentaje de pacientes que padecen alteraciones en el sueño y comorbilidades de enfermedades mentales y el porcentaje de pacientes según las características de la edad, sexo, estado civil, presencia o no de obesidad y comorbilidades, además de las patologías de depresión o ansiedad.

Tablas de contingencia: se utilizarán para determinar los factores de riesgo mediante el cálculo del odds ratio, además de aplicar el test de Chi-cuadrado para la determinación de la significancia donde la posibilidad de equivocarse de acuerdo a la prueba de hipótesis estadística es menor al 5% ($p < 0.05$).

4.5 Aspectos éticos

Se solicitará el permiso respectivo a la Dirección del Hospital María Auxiliadora para entrevistar y revisar los registros. También se presentará al comité de ética para la revisión y evaluación respectiva.

Para la realización de este trabajo de investigación es con el objetivo de mantener la confidencialidad y limitar una intencionalidad de sesgo. La persona responsable de esta investigación será la única autorizada a tener conocimiento del paciente estudiado, para mantener en el anonimato al participante de este estudio, previamente se requiere su consentimiento informado de los participantes.

CRONOGRAMA

Pasos	2021									
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Redacción final del proyecto de investigación	X									
Aprobación del proyecto de investigación		X								
Recolección de datos			X	X						
Procesamiento y análisis de datos					X					
Elaboración del informe						X	X			
Correcciones del trabajo de investigación								X		
Aprobación del trabajo de investigación									X	
Publicación del artículo										X

PRESUPUESTO

BIENES			
CANT.	DESCRIPCIÓN	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
2	Millar de Papel bond A4	12	24,00
10	Folder tamaño Oficio	10	100,00
10	Lapiceros	4,8	48,00
SUBTOTAL			172,00
SERVICIOS VARIOS			
CANT.	DESCRIPCIÓN	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
36	Impresión (Hojas)	0,5	18
200	Fotocopias	0,1	20
96	Internet		96
1	Estadístico		300
SUBTOTAL			424,00
PRESUPUESTO TOTAL			596,00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Álamo G. Insomnio. 1era ed. España: Alberto Alcocer; 2016.
2. Alvaro P, Roberts R, Harris J. A Systematic Review Assessing Bidirectionality between Sleep Disturbances, Anxiety, and Depression. *Sleep*; 36:1059-1068. [Internet] 2013. Extraído el 28 de julio del 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5665/sleep.2810>
3. Ohayon M, Roth T. Lugar de insomnio crónico en el curso de los trastornos depresivos y de ansiedad. *J Psychiatr Res*; 37: 9-15. [Internet] 2003. Extraído el 28 de julio del 2020. Disponible en: www.elsevier.com/locate/jpsychires
4. Currie S, Clark S, Rimac S, Malhotra S. Comprehensive assessment of insomnia in recovering alcoholics using daily sleep diaries and ambulatory monitoring. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27:1262–1269.
5. Woznica A, Carney C, Kuo J, Moss T. The insomnia and suicide link: toward an enhanced understanding of this relationship. *Sleep Med Rev* 2015; 22:37.
6. Britton A, Fat L, Neligan A. The association between alcohol consumption and sleep disorders among older people in the general population. *Sci Rep.*; 10:5275. [Internet] 2020. Extraído el 28 de julio del 2020. Disponible en: [doi:10.1038/s41598-020-62227-0](https://doi.org/10.1038/s41598-020-62227-0).
7. Kolla B, Mansukhani M, Biernacka J, Chakravorty S, Karpyak V. Sleep disturbances in early alcohol recovery: Prevalence and associations with clinical characteristics and severity of alcohol consumption. *Drug Alcohol Depend*; 206:107655. [Internet] 2019. Extraído el 28 de julio del 2020. Disponible en: [doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.107655](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107655).
8. Lauriola M, Carleton R, Tempesta D, Calanna P, Socci V, Mosca O, et al. A Correlational Analysis of the Relationships among Intolerance of Uncertainty, Anxiety Sensitivity, Subjective Sleep Quality, and Insomnia Symptoms. *Int J Environ Res Public Health*; 16:1-15. [Internet] 2019. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16183253>

9. Geoffroy P, Hoertel N, Etain B, Bellivier F, Delorme R, Limosin F, et al. Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: Prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study. *Journal of Affective Disorders*; 226:132–141. [Internet] 2018. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.03>
10. Rutten S, Vriend C, Van Der Werf Y, Berendse H, Weintraub D, Van den Heuvel O. The bidirectional longitudinal relationship between insomnia, depression and anxiety in patients with early-stage, medication-naïve Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*; 39:31–36. [Internet] 2017. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.01.015>
11. Appleton S, Gill T, Lang C, Taylor A, McEvoy D, Stocks N, et al. Prevalence and comorbidity of sleep conditions in Australian adults: 2016 Sleep Health Foundation national survey. *Elsevier, Sleep Health*; 4:13–19. [Internet] 2018. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.10.006>
12. Bradley A, Webb R, Hazu A, Slater N, Middleton B, Gallagher P, et al. Sleep and circadian rhythm disturbance in bipolar disorder. *Psychological Medicine*; 47:1678-1689. [Internet] 2017. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: [doi:10.1017/S0033291717000186](https://doi.org/10.1017/S0033291717000186)
13. Li Y, Wu Y, Zhai L, Wang T, Sun Y, Zhang D. Longitudinal Association of Sleep Duration with Depressive Symptoms among Middle-aged and Older Chinese. *Sci Rep.*; 7:11794 [Internet] 2017. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12182-0>
14. Díez de los Ríos A. Prevalencia de insomnio en pacientes con cualquier patología mental. *CBPI*; 17:1. [Internet] 2016. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <http://psiqu.com/1-7547>.
15. Antomás J, Gárroz C, Huarte S, Cambra K, Ibañez B. Insomnio en pacientes que ingresan en unidades de hospitalización psiquiátricas. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2016; 39:399-404.

16. Kalmbach D, Pillai V, Todd J, Christopher L. DSM-5 Insomnia and Short Sleep: Comorbidity Landscape and Racial Disparities. *Sleep*; 39: 2101–2111 [Internet] 2016. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.5665/sleep.6306>
17. Caballero J, Pino F, Barboza J. Factores asociados a insomnio en profesionales de salud de un hospital público de Trujillo-Perú. *Horiz. Med.* 20(4): e1228. [Internet] 2020. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2020000400004&lng=es.
18. Suh S, Cho N, Zhang J. Sex Differences in Insomnia: from Epidemiology and Etiology to Intervention. *Current Psychiatry Reports*; 20:9. [Internet] 2018. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi:10.1007/s11920-018-0940-9.
19. Lira D, Custodio N. Los trastornos del sueño y su compleja relación con las funciones cognitivas. *Rev Neuropsiquiatr.* 2018; 81(1):20-28.
20. Pavlova M, Latreille V. Sleep Disorders. *The American Journal of Medicine*; 132:1-12 [Internet] 2018. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi: 10.1016/j.amjmed.2018.09.021
21. Dopheide J. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and no pharmacologic therapy. *Am J Manag Care*; 26: S76-S84. [Internet] 2020. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi: 10.37765/ajmc.2020.42769. PMID: 32282177.
22. Gebara M, Siripong N, DiNapoli E, Maree R, Germain A, Reynolds C, et al. Effect of insomnia treatments on depression: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*; 35:717-731. [Internet]2018 Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi: 10.1002/da.22776.
23. Benavides P, y Ramos C. Fundamentos Neurobiológicos Del Sueño Neurobiological Basis Of Sleep. *Rev. Ecuat. Neural.* 2019; 28:73-80.
24. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Quinta edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

- 25.** Belloch A, Sundín B, Ramos F. *Manuel de Psicopatología. Edición Revisada.* España: McGRAW-HILL; 2008.
- 26.** Mantovani S, Smith S, Gordon R, O'Sullivan J. An overview of sleep and circadian dysfunction in Parkinson's disease. *Journal of Sleep Research*; 27:1-22. [Internet] 2018 Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi:10.1111/jsr.12673
- 27.** Cox R, Olatunji B. Sleep in the anxiety-related disorders: A meta-analysis of subjective and objective research. *Sleep Medicine Reviews*; 51:1-12 [Internet] 2020. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi: 10.1016/j.smrv.2020.101282.
- 28.** Sadeghmousavi S, Eskian M, Rahmani F. et al. The effect of insomnia on development of Alzheimer's disease. *J Neuroinflammation*; 17:289. [Internet] 2020. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12974-020-01960-9>
- 29.** Morin C, Jarrin D, Ivers H, Mérette C, LeBlanc M, Savard J. Incidence, Persistence, and Remission Rates of Insomnia Over 5 Years. *JAMA Netw Open*; 3(11): e2018782. [Internet] 2020. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.18782
- 30.** Doghramji K, Tanielian M, Certa K, Zhan T. Severity, Prevalence, Predictors, and Rate of Identification of Insomnia Symptoms in a Sample of Hospitalized Psychiatric Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 206:765–769. [Internet] 2018. Extraído el 30 de julio del 2020. Disponible en: doi:10.1097/nmd.0000000000000888.
- 31.** Spitzer R, Kroenke K, Williams J, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166(10): 1092-7.
- 32.** García J, Zamorano E, Ruiz M, Pardo A, Pérez M, López V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8(8): 1-11.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
<p>¿ Cuáles son los factores de riesgo asociados al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020?</p>	<p>Objetivo general Establecer los factores de riesgo asociados al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.</p> <p>Objetivos específicos Determinar si la edad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020. Determinar si el estado civil es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020. Determinar si la obesidad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020. Determinar si la comorbilidad es factor de riesgo asociado al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020.</p>	<p>Investigación no experimental, analítica, retrospectiva de casos y controles,</p>	<p>Población: pacientes que acuden al servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora en el periodo de enero a diciembre del año 2020</p> <p>Muestra: 86 pacientes (43 casos con insomnio y 43 controles sin insomnio).</p> <p>Procesamiento de datos: Descriptivo: tablas de frecuencias. Analítico: talas de contingencia, cálculo de odds ratio, Chi cuadrado ($p < 0.05$).</p>	<p>Los instrumentos que se utilizarán son imprescindibles para la búsqueda de información</p> <p>-Historia clínica -Entrevista semi-estructuradas y encuesta índice de gravedad.</p>

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRASTORNO DEL SUEÑO EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA HOSPITAL GENERAL MARÍA AUXILIADORA 2020

DATOS GENERALES:

Fecha: _____

H. C: _____

Edad: _____ años	18-29 años ()	30-59 años ()	≥60 años ()
Sexo	Masculino () Femenino ()		
Estado Civil	Soltero () Conviviente/Casado () Divorciado () Viudo ()		
Obesidad	Si () No ()		
Comorbilidad	Si () No ()		
Tipo de comorbilidad:			
Depresión	Si () No ()		
Ansiedad (GAD-7)	Si () No ()		
Insomnio (índice de severidad)	Si () No ()		

Escala de ansiedad (GAD-7)

	Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o muy alterado				
2	No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación				
3	Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas				
4	Ha tenido dificultad para relajarse				
5	Se ha sentido tan intranquilo(a) que no podía estar quieto(a)				
6	Se ha irritado o enfadado con facilidad				
7	Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar				

índice de gravedad del insomnio (IGI)

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

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
a. Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
b. Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
c. Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?

Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy insatisfecho
0	1	2
		3
		4

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

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
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 a tu calidad de vida?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

Sumar la puntuación: (1a + 1b + 1c + 2 + 3 + 4 + 5) = _____

2. Consentimiento informado

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

El presente estudio tiene como autores a la Dra. Edenia Alanguía Velásquez de la escuela de Posgrado de la facultad de medicina de la Universidad de San Martín de Porres, que tiene como propósito Establecer los factores de riesgo asociados al trastorno del sueño en pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital General María Auxiliadora, 2020

Para poder cumplir con dicho objetivo se le pedirá que por favor responda un cuestionario para el cual dispondrá de 40 minutos en total, respondiendo con total sinceridad y veracidad.

Se le informa que sus datos no serán divulgados, para ello solo se necesitan las iniciales de sus nombres y apellidos.

Al participar voluntariamente, no recibirá ningún reconocimiento económico por ello ya que con la información que brindará se estará incrementando el conocimiento científico.

Toda la información que nos brinde es confidencial y solo será utilizada para el presente estudio.

En caso presentara alguna duda al respecto, o quisiera conocer las respuestas de los cuestionarios sírvase en solicitarlos al correo: alanguiaedenia@gmail.com. Así mismo, podrá corroborar la autenticidad de la investigación enviando un correo a ética_fmh@usmp.pe que pertenece al comité de ética de nuestra casa de estudios.

Acta de consentimiento de participación

Yo, _____, he sido informado y se han resuelto todas mis dudas al respecto de la investigación, además conozco la importancia de mi aporte en pro del conocimiento y los beneficios que podría traer la investigación para mi localidad. Así mismo, se me ha explicado que no he de recibir ningún pago, abono o reconocimiento de ninguna índole material por mi participación, por lo que brindo mi autorización voluntaria para la participación del mismo, asegurando que los datos serán verídicos.

Firma del participante

Firma de la investigadora