



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”

Escuela de Medicina Humana

**CALIDAD DE SUEÑO Y DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES
NEUROLÓGICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS
NEUROLÓGICAS (INCN) DE MAYO-ENERO 2018 –2019 LIMA, PERÚ .**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORA:

Olivera Orellana, Herika

ASESORA:

Dra. Velasco Valderas, Rosa

JURADO

Diaz Diaz, Luis

Cerna Iparraguirre, Fernando

Sandoval Diaz, Wilder

Gonzales Toribio Jesus

Lima – Perú

2019

A mis padre por ser el sendero de mi vida, y la luz que ilumina este camino, por confiar y creer en mí.

*Al instituto nacional de ciencias neurológicas
y en especial a la Dra. Velasco Valderas Rosa por el apoyo
incondicional para el desarrollo de la tesis, una gran mentora
que supo guiarme con sus enseñanzas y consejos.*

INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	8
LINTRODUCCION	10
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	11
1.3 OBJETIVOS.....	13
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	14
II. CAPITULO II: MARCO TEORICO	14
2.1 BASES TEORICAS ESPECIALIZADAS	18
2.1.1 CALIDAD DE SUEÑO.....	18
2.1.2 DETERIORO COGNITIVO.....	19
2.1.3 LA MALA CALIDAD DE SUEÑO.....	20
2.1.4 HERRAMIENTAS DE VALORACION.....	22

III.CAPITULO III – METODO	26
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	26
3.2 VARIABLES.....	27
3.3 POBLACION.	32
3.4 MUESTRA.	32
3.4.1CRITERIOS DE SELECCION.....	33
3.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	34
CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS.....	41
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....	38
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	40
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	45

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la prevalencia de la mala calidad de sueño y deterioro cognitivo en pacientes neurológicos del INCN.

Objetivos específicos: Evaluar la relación de la mala calidad del sueño y deterioro cognitivo en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurológicas; Evaluar la mala calidad del sueño mediante la aplicación del cuestionario de Pittsburg; Evaluar el deterioro cognitivo mediante la aplicación del cuestionario Pfeiffe; Determinar el impacto de la mala calidad de sueño y deterioro cognitivo en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurológicas.

Materiales y Metodos: se reliza un estudio descriptivo transversal en 180 pacientes adultos y a dultos mayores que acuden a consultorio externo del instituto nacional de ciencias neurológicas donde se aplico los siguientes instrumentos el test de Pittsburg y el cuestionario de pfeiffer.la información fue recolectada y analizada por el programa estadístico spss 14.0 y excel usando variables cualitativas con distribución de frecuencia.

Resultados: De los 180 encuestados ,Se encontró con mala calidad de sueño y deterioro cognitivo en 108 pacientes de los cuales el 69.4% presenta una edad mayor de 60 años. se encontró un porcentaje mayor en el sexo femenino de 64.8% con respecto al masculino.se encontró un mayor porcentaje viudos(as) y solteros(as) con 57,4%y 25% respectivamente; así con mala calidad de sueño y deterioro cognitivo.

Conclusiones: Existe un alta prevalencia de mala calidad de sueño y deterioro cognitivo en pacientes que acuden a consultorio del INCN.

Existe una relación bidireccional de la mala calidad del sueño y deterioro cognitivo en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurológicas.

Existe un alto porcentaje de pacientes catalogados con mala calidad de sueño que acuden al

servicio de consultorio del INCN más aun en el sexo femenino.

Existe un alto porcentaje con déficit cognitivo y mala calidad de sueño que acuden al servicio de consultorio del INCN con predominancia de viudos(as) y solteros(as) , asi como aquellos que tienen grado de instrucción primaria o secundaria.

Existe un mayor porcentaje del uso de hipnóticos en el total de pacientes encuestados.

Palabras clave: Deterioro cognitivo (DC), Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (ICSP), test de Pfeiffer,

ABSTRACT

General objective: To determine the prevalence of poor sleep quality and cognitive deterioration in neurological patients of INCN.

Specific objectives: To evaluate the relation of poor sleep quality and cognitive deterioration in neurological patients of the National Institute of Neurological Sciences; Evaluate poor sleep quality by applying the Pittsburg questionnaire; Evaluate cognitive impairment by applying the Pfeiffe questionnaire; To determine the impact of poor sleep quality and cognitive deterioration in neurological patients of the National Institute of Neurological Sciences.

Materials and Methods: a cross-sectional descriptive study was carried out in 180 adult and elderly patients attending the external clinic of the National Institute of Neurological Sciences where the following instruments were applied: the Pittsburg test and the pfeiffer questionnaire. The information was collected and analyzed. by the statistical program spss 14.0 and excellling qualitative variables with frequency distribution.

Results: of the 180 patients, poor sleep quality and cognitive deterioration were found in 108 patients, of which 69.4% were older than 60 years. Ollow a higher percentagepiece in the female sex of All, 64.8 % with muyódigos masculine .she was found a higher percentage (as) only with 57,4% and 25% respectively; So with poor sleep quality and cognitive impairment.

Conclusions: There is a high prevalence of poor sleep quality and cognitive deterioration in patients who come to the INCN clinic.

There is a bidirectional relationship of poor sleep quality and cognitive deterioration in neurological patients of the National Institute of Neurological Sciences.

There is a high percentage of patients cataloged with poor quality of sleep who come to the service of the INCN's office, even more in the female sex.

There is a high percentage with cognitive deficit and poor quality of sleep that attend the service of the INCN office with predominance of widowers (as) and singles (as), as well as those who have a primary or secondary education.

There is a higher percentage of the use of hypnotics in the total number of patients surveyed.

Key words: Cognitive impairment (DC), Pittsburgh Sleep Quality Index (ICSP), Pfeiffer test,

I. INTRODUCCION

La calidad Del sueño resulta ser una preocupación creciente en el ambito medico y a los que se dedican al cuidado de los adultos mayor. Es uno de los problemas médicos con mayor frecuencia y a la vez menos comprendidos, si bien es cierto la mala calidad de sueño afecta a toda la población, se presenta con una mayor asiduidad en la población adulta y adulta mayor. La calidad del sueño constituye un aspecto clínico de enorme trascendencia e importancia. Así lo demuestran las estadísticas a su vez tiene una relacion bidireccional con el deterioro cognitivo leve (DCL) que se considera un límite entre la población normal con cambios producto de la edad y la Demencia tipo Alzheimer. Se ha señalado que aproximadamente el 50% de ellos desarrollen DA en 5 años y que la contribución a ello puede estar la mala calidad de sueño, además en esta población es altamente frecuente.

Actualmente hay un número significativode personas, sobre todo mayores, con deterioro cognitivo no diagnosticado se trata de una población susceptible con numerosos factores de riesgo: calidad de vida muy disminuida, accidentes, consultas repetidas y tratamientos mal orientados, descontrol de la medicación y de sus otras patologías, dificultades en la vida cotidiana, etc. Por todo esto, es conveniente realizar una detección prematura del deterioro cognitive, el diagnostico temprano ayudaria a prevenirlo ayudando así a este grupo etareo es recomendado por Guías de Atención Especializadas de Gediatria.

El deterioro cognitivo es la mengua mantenida del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un nivel previo más elevado. Las causas son múltiples: demencia, depresión, alteración por la edad, accidentes o procesos cerebro-vasculares, alcoholismo, daño cerebral traumático, cirugía del cerebro, etc. El deterioro cognoscitivo o cognitivo leve o ligero (DCL) es conceptualizado como una frontera entre el envejecimiento normal y la demencia, agrupa a

pacientes con un declinar cognoscitivo cuya cuantía sobrepasa el envejecimiento normal, aunque no es suficientemente severo para diagnosticar una demencia.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL PROBLEMA

¿ En que medida la mala calidad de sueño y el deterioro cognitivo se presenta en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurologicas (INCN)?

1.2 ANTECEDENTE DEL PROBLEMA

La calidad del sueño resulta ser una preocupación creciente en los entes dedicados al cuidado de los adultos mayores. sinembargo , tal como se menciona en un informe estadounidense del año 1994 de la National Commision on Sleep Disorders Research, donde hace mención : Que este es uno de los problemas médicos con mayor frecuencia y a la vez menos comprendidos. Por todo ello, es muy importante conocer de la forma más precisa posible la incidencia de este trastorno, así como el impacto que podría tener en la en la calidad de vida del paciente; si bien es cierto la mala calidad del sueño afecta a toda la población, presenta un mayor impacto en la población adulta mayor (Sierra, Calidad de sueño enadultos mayores e importancia de higiene del sueño., 2002).

La calidad del sueño constituye un aspecto clínico de ingente trascendencia e importancia . Así lo demuestran las estadísticas en diferentes trabajos de investigación al respecto: 30-40% de la población padece de insomnio, 1-10% sufre apneas de sueño y 60% de los trabajadores por turnos informa de cambios del ritmo circadiano y con un porcentaje de hasta el 65% en adultos mayores. (Carro, Alfaro, & Boyano, 2009)

La mala calidad del sueño es habitual en las personas adultas mayores o ancianos. En general, los adultos mayores duermen menos que el resto de la población y su sueño que presentan es menos profundo y más entrecortado que el sueño en las personas más jóvenes.

La mala calidad del sueño presenta una alta prevalencia en la edad geriátrica, existiendo un significativo resultado en el deterioro cognitivo. A pesar de su aparente simpleza la mala calidad de sueño provocaría alteraciones tanto en la calidad de vida del paciente como en la de sus familiares y cuidadores (Carro, Alfaro, & Boyano, 2009)

Uno de los componentes en este caso, la mala calidad de sueño tiene relación con el deterioro cognitivo progresivo. Se ha señalado que aproximadamente el 50% de adultos mayores que presentan Demencia tipo Alzheimer (AD) tuvieron una relación directa con una mala calidad de sueño aproximadamente en 5 años. (Anne, Olivier, Callahan, Prévile, & Hudon, 2014)

Actualmente hay un número sustancial de personas, sobre todo adultos mayores, con mala calidad de sueño. Se trata de una población vulnerable con numerosos factores de riesgo como: calidad de vida muy disminuida, accidentes, consultas repetidas y tratamientos mal orientados, descontrol de la medicación y de sus otras patologías, etc. Por todo lo indicado anteriormente, es conveniente darle la importancia debida a la calidad de sueño.

En nuestra población no se cuenta con estudios suficientes sobre el impacto de la mala calidad del sueño; razón por lo que se plantea este estudio.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de la mala calidad de sueño y deterioro cognitivo en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurologicas INCN

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Evaluar la mala calidad del sueño en adultos mayores mediante la aplicación del cuestionario de Pittsburg

Evaluar el deterioro cognitivo en adultos mayores mediante la aplicación del cuestionario Pfeiffe

Evaluar la relación de la mala calidad del sueño y deterioro cognitivo en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurológicas.

Determinar el impacto de la mala calidad de sueño y deterioro cognitivo leve en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurológicas.

1.4 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Una buena calidad de sueño no solo es fundamental como factor determinante de la salud, sino como un elemento propiciador de Buena salud mental.

El deterioro cognitivo y posteriormente la demencia tienen un gran impacto sobre las familias y en la calidad de vida de los pacientes en su mayoría geriátricos de todo el mundo. Debido a los escasos estudios reportados en materia de demencia, pero sobre todo en relación a su deterioro cognitivo y calidad de sueño.

Debido a que la población adulta mayor se incrementa día a día a nivel mundial y por ende, la prevalencia de demencias va en aumento sin saber como prevenir ni saber la causa aparente del deterioro cognitivo leve .ocasionando así un gran impacto social, he decidido realizar la presente

investigación que nos oriente a estimar sobre lo que está ocurriendo con la calidad de sueño y el deterioro cognitivo. Para esto creí conveniente enfocarnos en los pacientes con deterioro cognitivo y ver en que medida la calidad de sueño influyó en su deterioro cognitivo .se escogio la población del pabellon santa ana y consultorio externo del instituto nacional de ciencias neurologicas (INCN) ,ya que son los lugares en donde están aglomerados la mayor parte de adultos mayores.

II. CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 BASES TEORICAS ESPECIALIZADAS SOBRE EL TEMA DEL MARCO TEORICO

2.1.1 CALIDAD DE SUEÑO

El sueño es un indicador de salud; una cantidad suficiente así como una calidad adecuada deben ser consideradas imprescindibles para un estilo de vida saludable del mismo modo que la realización de actividad física y una adecuada alimentación. La calidad del sueño no se refiere exclusivamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno.

La mala calidad de sueño es un trastorno del sueño, es la dificultad para dormir, circunscribiendo:la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, dormir en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo o conductas inadecuadas relacionadas con el sueño; la mala calidad del sueño está asociada a fatiga, deterioro de la actividad motora y cognitiva, problemas de relaciones interpersonales y mayor número de accidentes tránsito (Alves, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) , el bienestar deseado se alcanza siguiendo una dieta equilibrada, haciendo ejercicio físico y, sobre todo, disfrutando de un sueño reparador, ya que existe una relación estrecha entre la calidad y cantidad de sueño y el estado de salud. En

el caso de que nuestro sueño sea insuficiente y parecedero hemos de prestar cautela porque podría tratarse de un aviso de nuestro cuerpo refiriendo que algo no funciona correctamente. Por tanto, es de vital cuantía prestar atención a sus cambios y alteraciones; ya que si dormimos bien nos sentiremos mejor.

Un buen descanso nos permitirá estar más activos, tener más capacidades psicofísicas y disfrutar el día a día, favoreciendo el desarrollo personal, mejorando las relaciones interpersonales y contribuyendo a nuestra felicidad.

Calidad del sueño en adultos mayores Se han realizado estudios sobre este tema, siendo uno de los más representativos :El de los autores Tello y cols. en el año 2009 en Perú en una muestra de 73 adultos mayores encontraron que “el 74% de los participantes (54 personas) presentaba una mala calidad de sueño, el análisis de los componentes estadísticos demostro una auto percepción de calidad del sueño bastante mala y muy mala en el 9,6% (7 personas), una latencia del sueño prolongada en el 20,2% de los participantes (14 personas), una duración total del sueño considerada como bastante mala y muy mala en el 24,7% (18 personas) y un 52,1% (38 personas) tuvo una eficiencia subjetiva de sueño menor al 85%. La frecuencia de somnolencia diurna fue de 38,4% (28 personas). El 75,3% (55 personas) tenía una mala higiene del sueño y se encontró que el 74,1% de los participantes que tenían una mala calidad de sueño presentaban una mala higiene del sueño, aunque la asociación no fue significativa”. Lo que refleja el impacto de este tipo de trastorno en la mala calidad del sueño (Tello, Varela, & Ortiz, 2009).

Varela y Tello evaluaron la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores: el Índice de Higiene del Sueño modificado para Adultos Mayores (IHS-AM) :Mencionando la prevalencia de mala calidad del sueño es de 63,8 %. Los problemas del sueño

en la población geriátrica se relacionan tanto al envejecimiento como a las comorbilidades asociadas. Entre un 50% a 90% de pacientes con dolor crónico se reportan mala calidad de sueño (Varela, Tello, & Ortiz, 2010).

Lleva a cabo una valoración integral de 234 adultos mayores chilenos, encontrando en los resultados que involucraron la calidad del sueño que el 49,4% de los adultos mayores presentaron problemas para conciliar el sueño en el último mes, 41% dormía menos de 6 horas y cerca de la mitad de la población al levantarse por la mañana se sentía cansado, agotados, además termina mencionando lo siguiente: “los trastornos en el sueño presente en la mitad de los adultos estudiados repercute en la calidad de vida, acentuando la depresión como una de las patologías más considerables dentro de la población estudiada, padecimiento psicogeriatrico más frecuentes en este grupo de edad” (Carro, Alfaro, & Boyano, 2009).

Cargua, realizó un estudio en la Ciudad de Riobamba encontró que el 28% de los adultos mayores presenta sueño durante el día, lo que involucra una importante población que podría presentar mala calidad del sueño.

Las alteraciones del sueño son fundamentalmente usuales en la depresión, como en el caso clínico que se describe a continuación; la depresión causa insomnio, que se define como la dificultad para iniciar y mantener el sueño y se caracteriza por: aumento de la latencia del sueño; despertar muy temprano por la mañana; aumento de la vigilia nocturna; y reducción del tiempo total de sueño. Además, la depresión reduce la profundidad del sueño y se asocia a trastornos del sueño, con disminución de la latencia del sueño en fase Rapid Eye Movement (REM) y aumento de la actividad REM. Otros trastornos psiquiátricos que pueden producir cambios similares o semejantes son el duelo por la pérdida de un ser querido y los estados de angustia y estrés excesivo, de hecho muchos estudios clínicos sugieren que la causa más común de dificultades

para conciliar el sueño en la población general, a cualquier edad, es la ansiedad ,angustia,estres (Alessi, 2007).

Los trastornos del sueño son entidades que se relacionan con la senectud por el empeoramiento de la calidad del sueño durante esta etapa,con el cambio del ciclo circadiano; lo que generaría mayor morbilidad (Chávez, Núñez, & Díaz, 2012).

En otro estudio encontraron que el 33% de los encuestados presentaron alguna dificultad en dormirse, el 48% tiene problemas en la continuidad del sueño despertandose repetidas veces durante la noche y el 22% despertar precoz; con una prevalencia del 31% con predominio del sexo femenino en los sujetos de mayor edad, esto se asociaria a la influencia del sistema endocrino pues durante la menopausia y posterior a ella las cifras hormonales se ven aumentadas, lo cual podría deberse a modificaciones en la respiración, cambios vasomotores y alteraciones del estado de ánimo de la persona es especial el sexo femenino (Miro, Cano, & Buela, Sueño y Calidad de vida., 2005)

son los trastornos primarios como el síndrome de sueño, ciertas enfermedades neurovegetativas (Alzheimer, Parkinson y atrofia multisistémica), como la privación del sueño e higiene del sueño inadecuado que llevarian a empeorar la calidad de vida del paciente y de sus familias .

La somnolencia y la morbilidad son muchas veces lasdificultades que presentan los sujetos de la tercera edad, estas son consecuencias que interfieren en las funciones cerebrales superiores y produce una alteración en la memoria a corto plazo, la atención, cognición o el rendimiento intelectual, habilidades perceptuales y el nuevo aprendizaje; además se ha asociado a una baja calidad de vida y el aumento de la tasa de accidentes .

Por otro lado, los investigadores refirieron que la calidad de sueño es un aspecto clínico importante en el ser humano; no obstante, teniendo una mala calidad de sueño esto podría repercutir negativamente en el ser humano deteriorandolo ,existen ciertos factores que influyen como: la edad, la salud, el estatus social, etc.; . Por otro lado, Miro, mencionó que los factores que puedan perturbar la calidad del sueño o empeorar estas son: las alteraciones del ritmo circadiano, roncar, problema de próstata debido a que deben levantarse varias veces durante la noche para miccionar y causas médicas como la fibromyalgia,cefalea (las que interrumpen el sueño por el dolor que producen) (Miro, Cano, & Buena, Sueño y Calidad de vida., 2005).

2.1.2. DETERIORO COGNITIVO

Deterioro cognitivo es la descenso mantenido del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un medida previa más elevado. Las causas son multiples de: demencia, depresión, alteraciones por la edad, accidentes , procesos cerebro-vasculares, alcoholismo, deterioro cerebral por traumatismos, cirugía del cerebro, etc. El deterioro cognoscitivo leve o ligero (DCL) es definido como un limite entre el envejecimiento normal y la demencia, agrupa a pacientes con un disminucion cognoscitiva cuya importancia sobrepasa el envejecimiento normal, aunque no es suficientemente severo para diagnosticar una demencia.

Una buena calidad de sueño no solo es fundamental como factor determinante de la salud, sino como un elemento propiciador de una buena calidad de vida y de buena salud.

DETERIORO COGNITIVO EN EL ANCIANO

un síndrome caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico y funcional, sin alteración del nivel de conciencia, generalmente de naturaleza crónica y progresiva, y con suficiente intensidad para repercutir en las actividades diarias del paciente o

limitar su capacidad funcional. Frecuentemente va acompañada de alteraciones psicológicas (delirios, alucinaciones) y trastornos del comportamiento (agitación, alteración del sueño).

El término deterioro presupone unas funciones cognitivas previas normales o con un nivel de funcionamiento superior. La afectación global expresara déficits cognitivos múltiples que manifiestan una afectación difusa del cerebro como el olvido constante. Las funciones cognitivas que se alteran son: la memoria, el lenguaje, la orientación espacial y temporal, la atención, el pensamiento y la capacidad ejecutiva, de juicio y de abstracción como sumas o restas sencillas.

Los estudios identifican que entre el envejecimiento normal y la demencia, hay un paso intermedio denominado deterioro cognitivo leve (DCL). No es fácil determinar en qué situación estamos ante las primeras quejas de pérdida de memoria, problemas de conducta o disminución de atención, o una demostración parcial de olvido. El DCL presenta trastornos objetivos de memoria u otras funciones cognitivas, pero sin afectación global ni deterioro de la funcionalidad, y exige un seguimiento riguroso, ya que evolucionan anualmente a demencia un 12%; esto supone que el 50% tendrán demencia en 4-5 años y un 75-80%, en 6 años, a diferencia del envejecimiento normal que evolucionaría un 1-2%. (P., y otros, 2012).

De esto se deduce que demencia y deterioro cognitivo no son sinónimos. Toda demencia presenta un deterioro de las funciones cognitivas, pero no todo deterioro cognitivo es una demencia, aunque sí suponga un riesgo mayor para desarrollarlo en un futuro.

2.1.3 LA MALA CALIDAD DE SUEÑO Y EL DETERIORO COGNITIVO

El deterioro cognitivo leve (DCL) es un síndrome, que cuenta con el deterioro cognitivo que es mayor de lo esperado se basa en la edad y la educación de un individuo, sin interferir considerablemente con la vida diaria de las actividades. Forma parte del deterioro cognitivo, lo que constituye una "población" 'en riesgo' para la demencia desarrollo.

Se ha reconocido que MCI puede caracterizarse adicionalmente por los déficits cognitivos ampliamente clasificados como amnésico (memoria) y el llamado nonamnesic (por ejemplo, la función ejecutiva, idioma o la velocidad de procesamiento). La investigación indica que el desarrollo de la demencia puede progresar a una velocidad de aproximadamente 50% a 5 años para las personas con la tasa de progresión se ha demostrado ser mediada adicionalmente por una serie de características neuropsiquiátricas aunque las relaciones precisas no se comprenden en su totalidad. Uno de los síntomas neuropsiquiátricos predominantes de MCI es la alteración del sueño. Sobre la base de los informes médicos que se han recolectado, se estima que ocurre en hasta el 59% de los pacientes, con muchos de estos pacientes síntomas clínicos significativos. Esta tasa de prevalencia de los trastornos del sueño en MCI es intermedia entre la de los individuos que envejecen sanos y pacientes con los estudios que han diagnosticado demencia. alteración del sueño en MCI han tendido a centrarse en el subtipo amnésico; por consiguiente, las tasas de trastornos del sueño en formas MCI no están claras y tampoco bien definidos, más relacionadas con el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer, mientras que los subtipos pueden progresar a la más diversa la enfermedad del sueño Dado el cambio del ciclo circadiano encontrado en la enfermedad de Alzheimer, es posible que las formas de amnésicos MCI manifestar trastornos del sueño más pronunciadas. Si este es el caso, entonces los trastornos del sueño puede ser un marcador biológico factible para la determinación un avance importante en la enfermedad. Es importante destacar que, trastornos del sueño en personas de edad avanzada se ha relacionado un declinamiento cognocitivo relacionada a muchas enfermedades neurodegenerativas entre ellas enfermedades el ACV ,Alzheimer ,demencia ya establecido, esta caracterísada y por lo que estaria asociada al decline cognitivo rápido , estos datos sugieren que la alteración del sueño puede ser arbitraria pero no definitiva para el deterioro cognitivo pero si

ser potencialmente un objetivo viable como una medicación temprana de Alzheimer. (Chiara, Luigi, & Combi, 2015).

Pocos estudios detallados examinan los correlatos clínicos de los trastornos del sueño. Algunos datos son coherentes con la denominación despertares nocturnos están fuertemente emparentados a la disfunción neuropsicológica, lo que sugiere que estos incidentes son sustentado por alteraciones nocturnas o sueño entrecortado. Además, informes recientes han demostrado que existen alteraciones circadianas en MCI que afectan al estado de reducción de la memoria, los trastornos del sueño en MCI se ha informado de que se asociado con estado de ánimo depresivo, lo que en sí mismo puede ser un predictor de futuras investigaciones. Antes de que el declive cognitivo ha demostrado que cambios más sustanciales en la calidad del sueño, eficiencia, alteración del sueño, y disfunción del Estado de ánimo ,depresivo, se asocia con el uso de medicamentos automedicados, las comorbilidades médicas, el abuso de sustancias, deterioro cognitivo, cambios de estilo de vida, la discapacidad en general, y un aumento de la prevalencia de componentes que causan riesgo vascular que pueden ser hereditarios. Por lo tanto, la contribución relativa de la depresión es un trastorno del sueño en el MCI, tras tener en cuenta estos factores, aún no se ha establecido. Es importante destacar que en las personas sanas, algunos factores de estilo de vida como el ejercicio tienen un efecto positivo en el sueño. Del mismo modo, el alcohol, si se usa con moderación, se ha asociado con la mejora de la eficiencia del sueño, mientras que cantidades moderadas tienen un impacto negativo en el sueño como en el caso de la depresión , el uso de antidepresivos puede alterar la arquitectura del sueño, el aumento de la latencia de sueño de movimientos oculares rápidos (REM) y disminuyendo la cantidad de tiempo pasado en onda lenta . Estas interrelaciones todavía no se han examinado en los pacientes con MCI por lo no hay estudios por el momento. (Gomez, 2003).

2.1.4 HERRAMIENTAS DE VALORACION:

2.1.4.1 Índice de calidad de sueño de pittsburgh (ICSP)

Muchos estudios establecen una frecuencia elevada de alteraciones del sueño. La prevalencia durante la vida es del 35%. Esta situación ha conducido a desarrollar un gran número de instrumentos con la intención de evaluar y mejorar la calidad del test. Sin embargo, la mayoría carecen de una validación adecuada y nacional. Buysse et Al diseñaron el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP), considerado el instrumento más capaz para establecer la calidad del sueño. Éste ha sido ampliamente usado y validado en diferentes estudios, (Escobar et al, 2005). Escobar y Eslava realizaron la validación de esta herramienta en Colombia ya que no había una validación de este instrumento en español, con los siguientes resultados: la consistencia interna a de Cronbach fue 0,78. Hubo puntuaciones diferentes clínica y estadísticamente para los sujetos con alguna alteración del sueño (U de Mann Whitney: $z = -5,635$, $p = 0,000$), con ‘muy mala’ calidad de sueño o no (U de Mann Whitney: $z = -2,90$, $p = 0,0037$), con uso de hipnóticos o no (U de Mann Whitney: $z = -4,289$, $p = 0,0000$) y con insomnio de conciliación o no (U de Mann Whitney: $z = -4,769$, $p = 0,0000$). Se encontraron diferencias clínicas en las puntuaciones de ancianos comparados con jóvenes donde (U de Mann Whitney: $z = -1,926$, $p = 0,0542$). No hubo diferencias por sexo por lo que en el test no se toma en consideración (Escobar et al, 2005). Esta validación ha sido utilizada por varios autores, en base a esto se propone la utilización del Cuestionario de Pittsburg para la evaluación de la población . (Buysse & S., 1989).

En lo que respecta a los atributos de esta variable mencionan que los datos psicométricos de este instrumento encontrados en la población española, son satisfactorios. Así, se informa de una consistencia interna que oscila entre 0.67, obtenida en una muestra de estudiantes, y 0.81 de una muestra clínica, y de una fiabilidad test-retest a los tres meses entre 0.27 y 0.55, dependiendo del

componente. En cuanto a la validez, la sensibilidad del cuestionario es de 88.63%, y la especificidad de 74.19% (Sierra, Jiménez, & Martín, Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño Salud Mental, 2002)

Cuestionario de pittsburgh

En 1989, Buysse J., et Al. diseñaron el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, una de las escalas más utilizadas ofrece una medida estandarizada y cuantificada e identifica a buenos y malos dormidores pero no proporciona diagnóstico sugerente, aunque orienta al especialista clínico a uno. En Latinoamérica se han realizado adaptaciones en España, en Colombia y otros países como en México.

Esta herramienta valora la calidad del sueño, posee los siguientes indicadores de validez y confiabilidad; haciendo una herramienta viable para el objetivo propuesto. Consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 cuestiones evaluadas por el compañero o compañera. Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI. Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Se propone un punto de corte > 5. Como instrumento auto administrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. El PSQI ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a “buenos” y “malos” dormidores, pero no proporciona un diagnóstico, aunque orienta al clínico hacia las áreas del sueño más deterioradas que presenta la persona evaluada.

5.1.4.2 Test de Pfeiffer

Este test se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Es el más utilizado por su brevedad y facilidad de manejo, tiene una gran fiabilidad y está menos influido que otros tests por el nivel educativo y la raza ya no entra dentro de su catalogación así como el sexo es indiferente dentro de la evaluación.

Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4 –5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

Explora la memoria a corto plazo, Orientación, Información sobre hechos cotidianos, Capacidad de cálculo.

Cuestionario de Pfeiffer

Las preguntas a realizar son las siguientes: ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes y año), ¿Qué día de la semana es?, ¿Cómo se llama este lugar?, ¿Cuál es su número de teléfono? Si el paciente no tiene teléfono: ¿Cómo se llama la calle donde vive? ¿Qué edad tiene?, ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes y año) ¿Quién es el presidente del gobierno español actualmente?, ¿Cómo se llama el Rey?, ¿Cuál era el nombre de soltera de su madre?, Reste 3 a 20 y siga restando 3 a cada nueva cifra hasta llegar a 0

Es un test de cribado de deterioro cognitivo. Dentro del uso del test se tiene que tener consideraciones como: evitar que haya a la vista cualquier tipo de ayuda, como por ejemplo, un

calendario o un periódico o cualquier documento en el que pueda aparecer alguno de los datos por los que se pregunta en el test.

Preguntas 1 y 6:(Fecha actual y de nacimiento del paciente):Se consideran correctas sólo si el día, el mes y el año son correctos.

Pregunta 3:(Nombre del sitio en el que se realiza el test):Se considera correcta si el paciente da el nombre del lugar por el que se pregunta o una descripción adecuada del mismo.

Pregunta 4:(Número de teléfono o dirección del paciente):Se considera correcta si se puede comprobar el número o si lo puede repetir en otro momento.Si el paciente no tuviera teléfono se le preguntará por su dirección.

Preguntas 7 y 8:(Nombre del actual y del anterior presidente del gobierno):Se considera correcta si da el primer apellido, el nombre completo o aquel por el que se le conozca habitualmente.

Pregunta 10:(Restas de 3 en 3 desde 20):Se considera correcta si son correctas todas las sustracciones de la serie, cualquier error en una de las restas es un fallo en la pregunta.

Valoración del test

De 0 a 2 fallos Paciente sin deterioro cognitivo;De 3 a 4 fallos Paciente con deterioro cognitivo leve;De 5 a 7 fallos Paciente con deterioro cognitivo moderado;De 8 a 10 fallos Paciente con deterioro cognitivo grave:Se recomienda permitir un fallo más en el caso de que el paciente no tenga estudios y un fallo ,menos en el caso de tener estudios superiores. En estos casos, por lo tanto, los puntos de corte quedarían como se muestra en las siguientes tablas:

Table 1
valoracion Del test de pfiffer para personas sin estudios

SIN ESTUDIOS	
0 a 3 fallos	Sin deterioro cognitivo
4 a 5 fallas	Deterioro cognitivo leve
6 a 8 fallos	Deterioro cognitivo moderado
9 a 10 fallos	Deterioro cognitivo grave

Datos referenciales para catalogación

Table 2
valoracion Del test de pfiffer para personas con estudios superiores

ESTUDIOS SUPERIORES	
0 a 1	Sin deterioro cognitivo
2 a 3	Deterioro cognitivo leve
4 a 6	Deterioro cognitivo moderado
7 a 10	Deterioro cognitivo grave

Datos referenciales para catalogacion

III. CAPITULO III – METODOLOGIA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:

- Por la ocurrencia de los hechos: prospectivo
- Por el acopio de la información: transversal
- Por el alcance de los resultados: observacional

3.2 VARIABLES

NOMBRE DE LAS VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONALES	INDICADORES	
Calidad de sueño.	<p>Fenómeno complejo que integra aspectos cuantitativos, cualitativos y subjetivos</p> <p>Del sueño; estos aspectos son: cualidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicamentos para dormir, disfunción durante el día.</p>	<p>Calidad subjetiva del sueño.</p> <p>Latencia del sueño.</p>	<p>Esta referido al dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día. La percepción de la calidad de vida depende de la aceptación del propio individuo . Será evaluado según el cuestionario de sueño de Pittsburg (PSQI).</p> <p>Período de tiempo que va desde el momento en que la persona se dispone a dormir hasta que el sueño se presenta .</p>	<p>Muy buena calidad de sueño</p> <p>Bastante buena calidad de sueño</p> <p>Bastante mala calidad de sueño</p> <p>Muy mala calidad de sueño</p> <p>de sueño</p> <p>Tiempo en minutos</p>	<p>= 0</p> <p>= 1</p> <p>= 2</p> <p>= 3</p>

		<p>Duración del sueño.</p> <p>Eficiencia del sueño.</p> <p>Perturbaciones sueño.</p>	<p>El adulto tiene un sueño nocturno de 8 horas que se organiza en 4-5 ciclos de unos 90 – 120 min. durante los cuales se pasa de la vigilia al sueño profundo .</p> <p>Es el porcentaje de horas de sueño efectivo entre el número de horas que una persona permanece en la cama. Permite equilibrar el tiempo que pasa una persona en la cama con la cantidad de tiempo empleado para dormir, lo cual optimizar el estado de Vigilia y la calidad del sueño .</p>	<p>Tiempo en horas</p> <p>Tiempo en horas</p> <p>“Ninguna = 0 perturbación del sueño</p> <p>“Leve = 1– 9 perturbación</p>
--	--	--	---	---

		<p>Uso de medicamento</p> <p>Disfunción durante el día.</p>	<p>Es aquello que no permite lograr un sueño adecuado en el que pueden estar dados por muchas causas y afectar notablemente la vida diaria profesional y personal. Entre las posibles consecuencias se encuentran la somnolencia durante el día, problemas de concentración, agotamiento o falta de ánimo .</p> <p>Ayuda temporalmente a resolver el insomnio o el sueño</p>	<p>del sueño”</p> <p>“Moderado = 10-18 perturbación del sueño”</p> <p>“Severo perturbación = 19- 27 del sueño”</p> <p>Número de veces al mes</p> <p>Número de veces a la semana</p> <p>“Nada problemático” = 0</p> <p>“Solo problemático” = 1 – 2</p>
--	--	---	--	---

			<p>interrumpido .</p> <p>Es cuando el sujeto responde con lentitud cualquier estímulo exterior y consecuencia negativas. La somnolencia mientras conduce, come o desarrolla actividades mentales que requiere atención, capacidad de razonamiento lógico.</p>	<p>“Moderadamente problemático” = 3 – 4</p> <p>“Muy problemático” = 5 -6</p> <p>Puntaje global de la escala Pittsburg:</p> <p>Baja dificultad para dormir = 0 – 5</p> <p>Moderada dificultad para dormir = 6 -10</p> <p>Alta dificultad para dormir = 11- 21</p>
--	--	--	---	---

<p>Deterioro cognitivo</p>	<p>El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas tales como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información. Aparece con el envejecimiento normal y depende de factores fisiológicos, ambientales y sociales</p>		<p>Consta de 10 items, en el caso de las personas que sepan leer y escribir.</p> <p>En el caso de las personas que no sepan ni leer ni escribir.</p>	<p>3 o mas errores</p> <p>4 o mas errores</p>
----------------------------	---	--	--	---

3.3 POBLACION

El tamaño muestral: 180 pacientes que se le aplico el test de Calidad del Sueño de Pittsburgh y Test de Pfeiffe.

3.4 MUESTRA:

El número de individuos por grupo fue determinado para que los resultados sigan un criterio de normalidad donde el mínimo de personas, debido a que las variables del estudio son cualitativas de un total de la población de estudio es de 180 pacientes.

Por otro lado, este estudio se sujeta a los principios rectores básicos (de carácter internacional) aplicables a las investigaciones biomédicas en personas, elaborados por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Mundial de la Salud, en el año 1995, en el cual estipulan no exceder el número mínimo necesario de personas para obtener resultados científicamente válidos.

Para la obtención del tamaño muestral se utilizó la fórmula para el muestreo aleatorio simple (MAS) y su resultado se detalla a continuación.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 p q}$$

$$n = \frac{(1.96^2) (0.25) (0.75) (262)}{(261) + (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.25) (0.75)}$$

$$n = 137.4698$$

Por tanto, serán incluidos todos los pacientes que se encuentren comprendidos en el tiempo y las características señaladas en los criterios de inclusión.

3.4.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos y adultos mayores de consultorio externo del instituto nacional de ciencias neurologicas

b) Criterios de exclusión:

- pacientes adultos y adultos mayores analfabetas
- pacientes adultos y adultos mayores con deterioro cognitivo moderado o severo
- pacientes que no deseen colaborar en el estudio
- pruebas que no sean completadas en su totalidad
- Pacientes psiquiátricos

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Materiales y Método

test de Calidad del Sueño de Pittsburgh

Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor calidad de sueño). Buysse y col. propone un punto de corte de 5 (> 5 “malos dormidores”, ≤ 5 “buenos dormidores”).

Se trata de un cuestionario breve, sencillo y bien aceptado por los pacientes. En población general, se puede utilizar como elemento de screening para detectar “buenos” y “malos” dormidores.

Test de Pfeiffer . cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas sepa leer y escribir y de 4 ó más para los que no sepan leer ni escribir.

PROCESO DE RECOLECCIÓN

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitará la autorización al Director del Hospital , para la ejecución del estudio, además Posteriormente, se solicitará la aprobación del proyecto a la Universidad Nacional Federico Villarreal.

Los datos obtenidos en el los test seran vaciados en Fichas de Recolección de Datos.

3.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se elaborará el trabajo a partir de los datos que se recolectarán en la tabla de recolección de datos, y estos serán analizados con ayuda del programa estadístico SPSS 14.0 y Excel.

A.ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

En las variables cualitativas usaremos distribución de frecuencias.

B.ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Se trabajará con un nivel de significancia del 5% y una potencia estadística del 80%, concordante con la estimación del tamaño de muestra. Una confianza del 95% en la construcción de intervalos.

C.PROCEDIMIENTOS

Se procedió a aplicar los test a los pacientes del pabellón Santa Ana o consultorio externo del instituto nacional de ciencias neurológicas durante tres semanas llegando a un total de 180 pacientes.

IV. CAPITULO IV: PRESENTACION DE RESULTADOS

De los 180 encuestados.108 presentan mala calidad de sueño y deterioro cognitivo de los cuales el 69.4% presenta una edad mayor de 60 años. Se encontró un porcentaje mayor en el sexo femenino de 64.8% con respecto al masculino. se observa que los mas afectados son viudos(as) y solteros(as) con 57,4%y 25% respectivamente; asi como aquellos que tienen grado de instrucción primaria o secundaria.

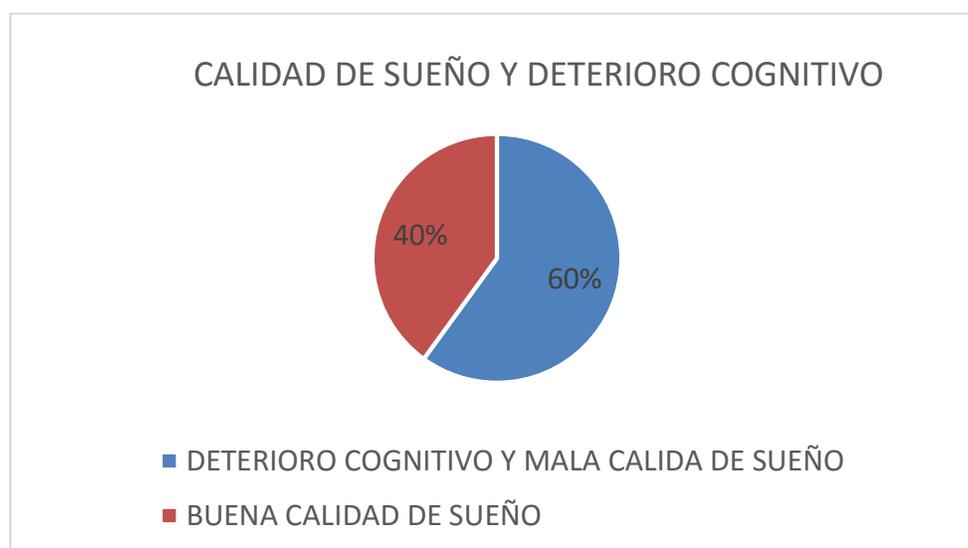


Fig 1. Al aplicar el ICSP. Se observa que de los 180 encuestados,108 presentan malacalñidad de sueño y también deterioro cognitivo.

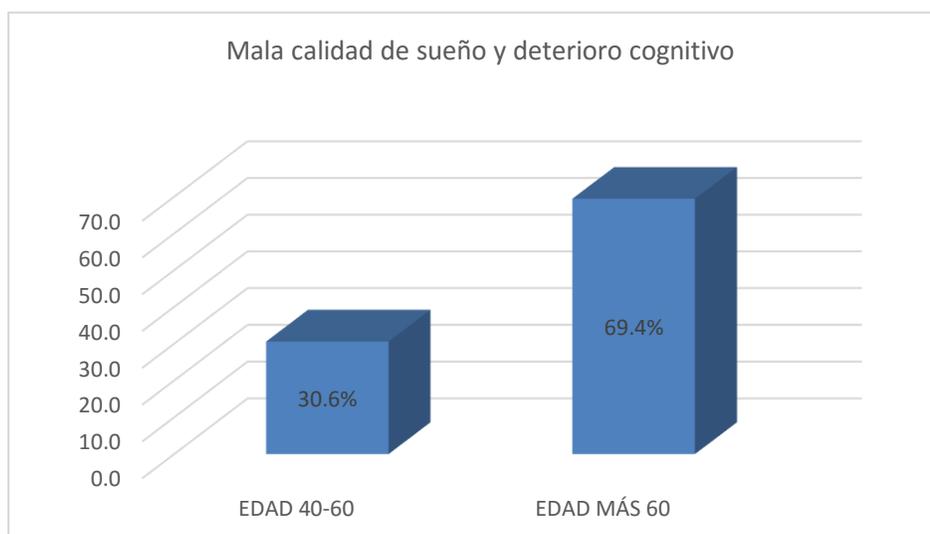


Fig 2.. Al aplicar el ICSP. Se observa que en el mayor porcentaje de deterioro cognitivo esta en mayores de 60años.

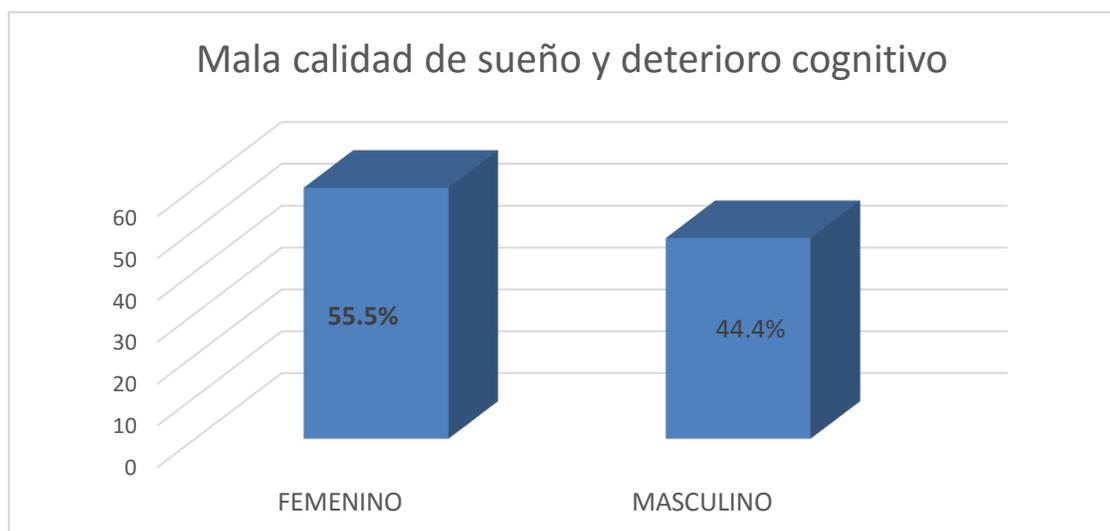


Fig 3. Al aplicar el ICSP. Se observa que el porcentaje es mayor en el sexo femenino con mala calidad de sueño y deterioro cognitivo que en el masculino.

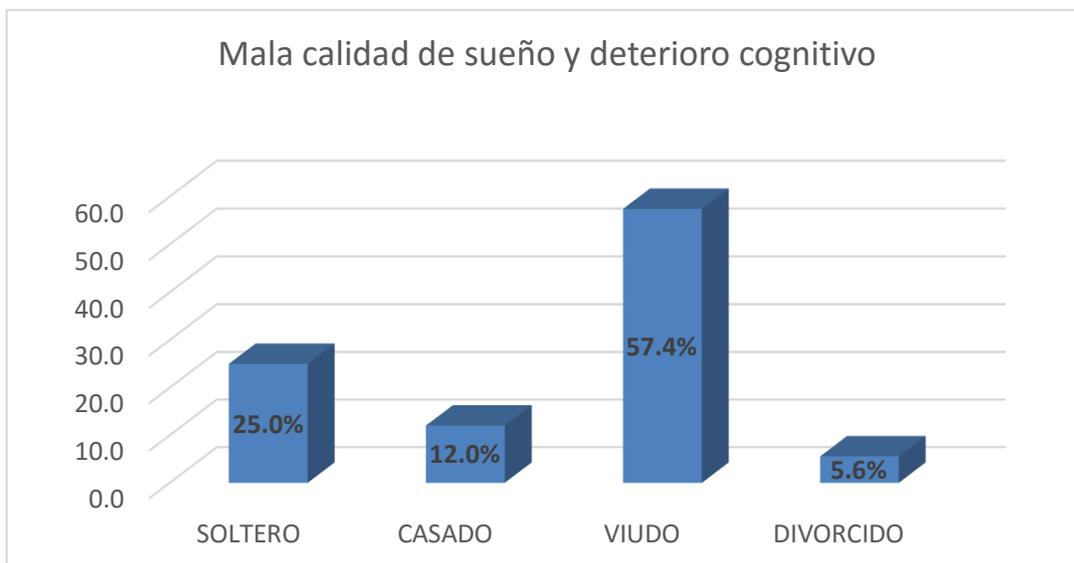


Fig 4. Al aplicar el ICSP. Se observa que hay un mayor porcentaje de viudos(as) y solteros(as) que presentan mala calidad de sueño y deterioro cognitivo.

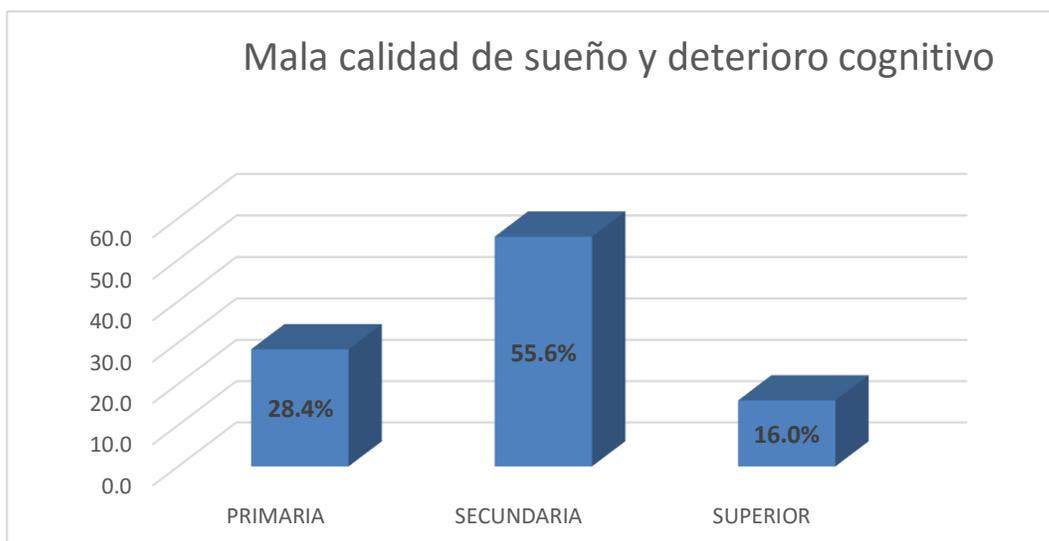


Fig 5. Al aplicar el ICSP. Se observa que hay un mayor porcentaje de pacientes con primaria y secundaria que presentan mala calidad de sueño y deterioro cognitivo.

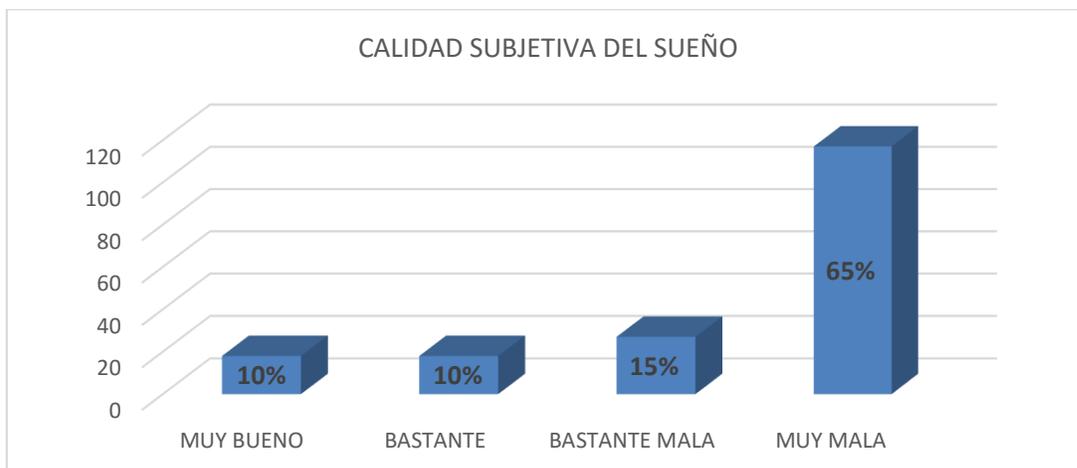


Fig 6. Al aplicar el ICSP. Se observa que dentro de test la variable calidad subjetiva del sueño representa el mayor porcentaje en muy mala calidad de sueño.

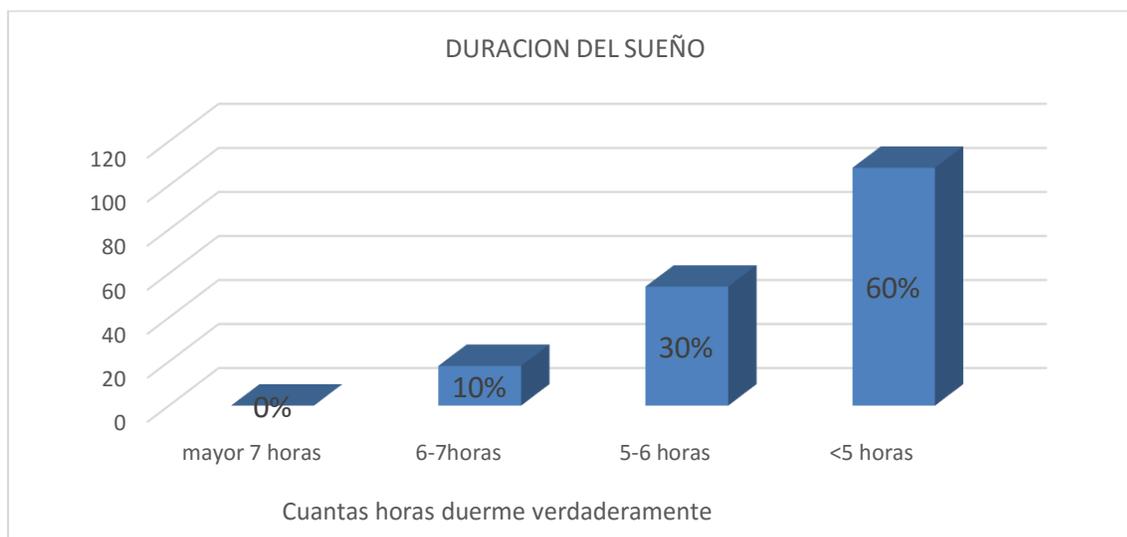


Fig 6. Al aplicar el ICSP. Se observa que dentro de test el 60% de los encuestados presenta una duración del sueño menor a 5 horas..

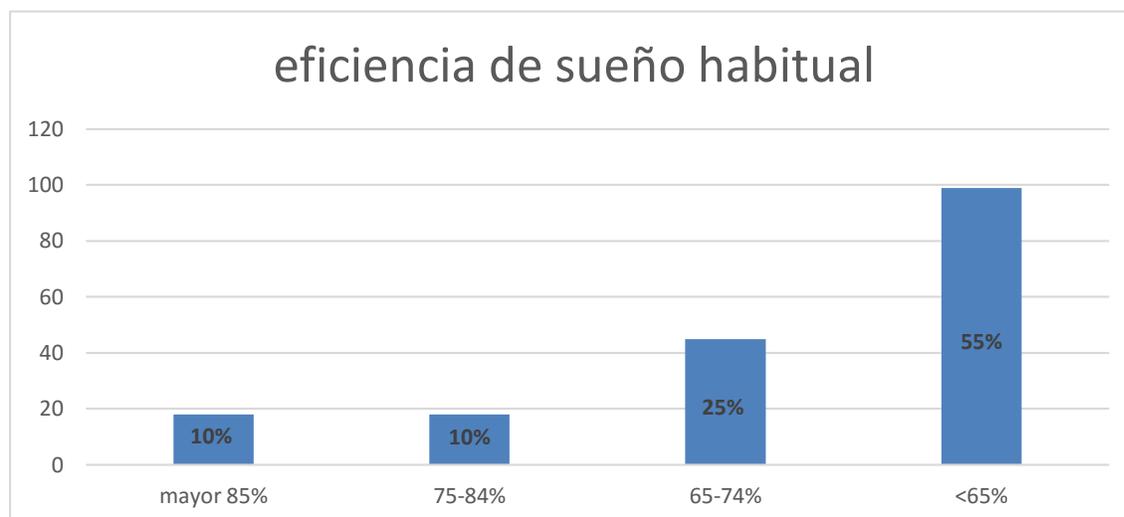


Fig 7. Al aplicar el ICSP. Se observa que dentro de test el 55% de los encuestados presenta una eficiencia del sueño menor a 65%..

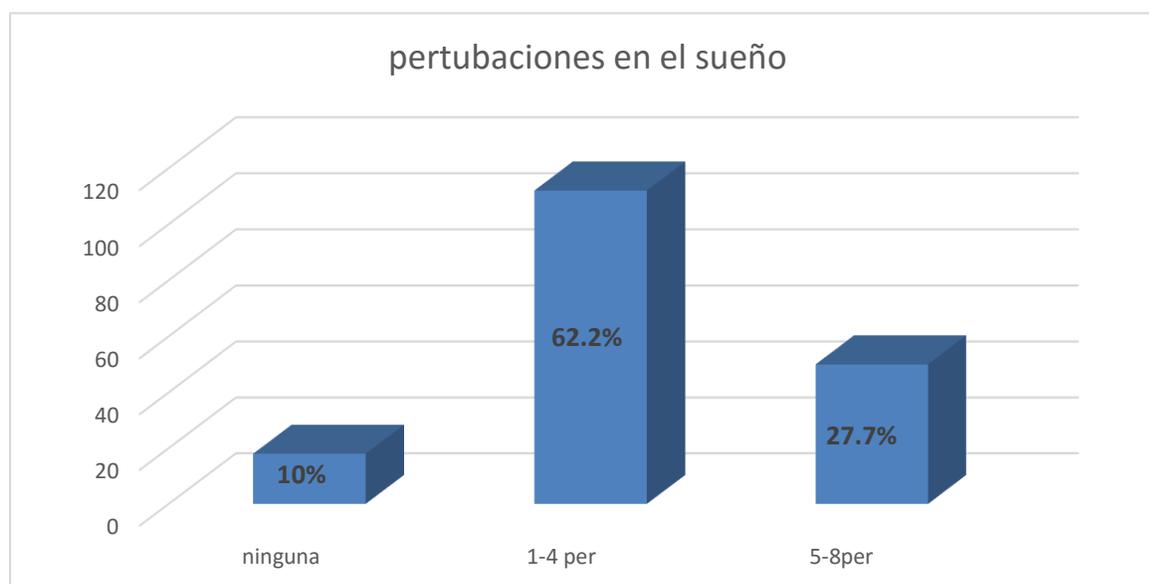


Fig 8. Al aplicar el ICSP. Se observa que dentro de test el 62.2% de los encuestados presenta perturbaciones durante en sueño.

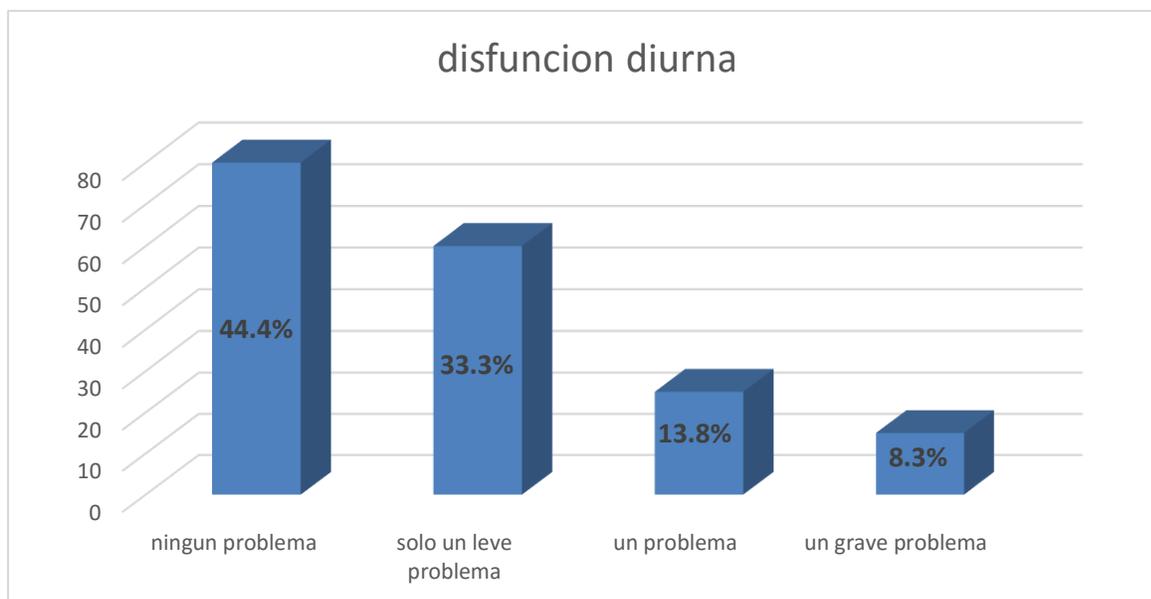


Fig 8. Al aplicar el ICSP. Se observa que dentro de test el 33.3% de los encuestados presenta molestias como levantarse para ir al baño.

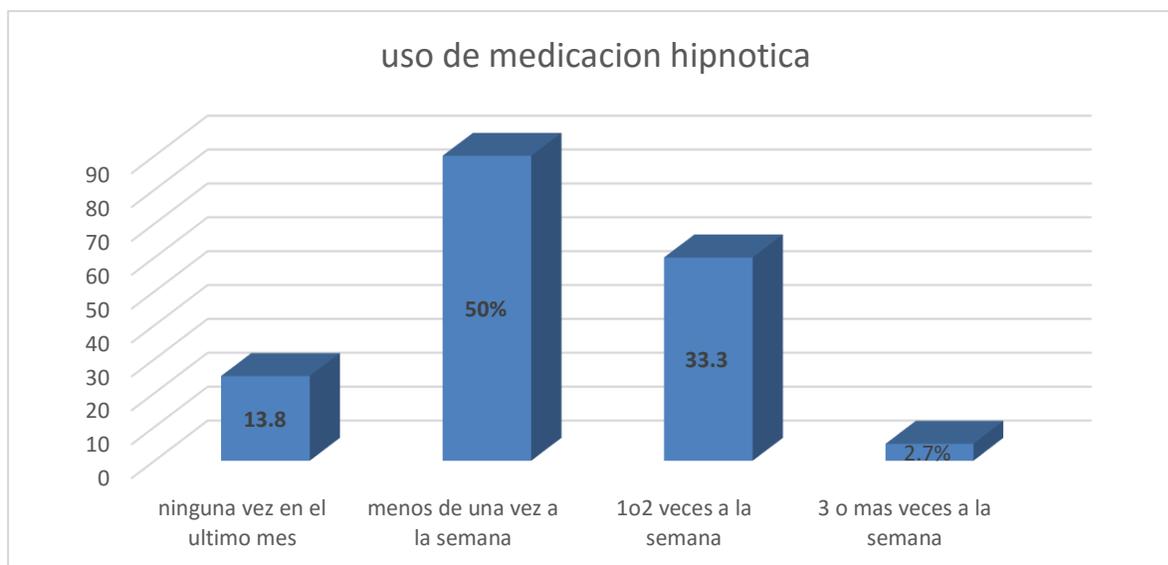


Fig 8. Al aplicar el ICSP. Se observa que dentro de test el 50% se medica esporádicamente una vez a la semana y el 33.3% 1 o 2 veces por semana.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

El presente estudio descriptivo fue realizado para identificar la prevalencia de mala calidad de sueño y el deterioro cognitivo a su vez la identificación de factores demográficos que predisponen a éste ; se utilizó dos test de suma importancia como es el índice de calidad de sueño de Pittsburg y el cuestionario de Pfeiffer ; este trabajo se desarrolló en una muestra de 180 pacientes de los cuales 108 (60%) presentaron deterioro cognitivo y mala calidad de sueño así como los autores Anne, Olivier, Callahan, Prévile, & Hudon, 2014 en su estudio titulado: Subjective sleep quality in non-demented older adults with and without cognitive impairment. Mencionan que hay una relación bidireccional en estas dos variables, efectivamente se corrobora esa conclusión en el estudio, ya que aquellos pacientes que presentaron mala calidad de sueño también llegaron a presentar deterioro cognitivo.

Así también estos mismos autores señalan que uno de los componentes en este caso ,la mala calidad de sueño tiene relación con el deterioro cognitivo progresivo. Se ha señalado que aproximadamente el 50% de adultos mayores que presentan Demencia tipo Alzheimer(AD) tuvieron un relación directa con una mala calidad de sueño aproximadamente en 5 años. por lo que debemos de considerar en nuestro estudio que el 60% de la muestra , ha presentado mala calidad de sueño y deterioro cognitivo a su vez son adultos(30.6%) y adultos mayores (69.4%) que podrían desarrollar mas adelante demencia tipo Alzheimer.

Hay diferentes estudios sobre Calidad del sueño en adultos mayores, siendo uno de los más representativos :El de los autores Tello y cols. en el año 2009 en Perú en una muestra de 73 adultos mayores encontraron que “el 74% de los participantes (54 personas) presentaba una mala calidad de sueño, el análisis de los componentes estadísticos demostro una auto percepción de calidad del sueño bastante mala y muy mala en el 9,6% (7 personas), una latencia del sueño

prolongada en el 20,2% de los participantes (14 personas), una duración total del sueño considerada como bastante mala y muy mala en el 24,7% (18 personas) y un 52,1% (38 personas) tuvo una eficiencia subjetiva de sueño menor al 85%. Al aplicar el Cuestionario de Pittsburgh en nuestra muestra de 180 pacientes se encontró lo siguiente: Se observa que dentro de test realizado en el ítem calidad subjetiva del sueño se observó que el 65% de los pacientes presentó muy mala calidad de sueño seguida de bastante mala calidad de sueño que representa el 15%. Con respecto a la duración del sueño el 60% de los encuestados presenta una duración del sueño menor a 5 horas y en 55% de los encuestados presenta una eficiencia del sueño menor a 65%. Lo cual se interpretaría que el gran porcentaje de pacientes duerme poco y que la eficiencia de el sueño durante la noche o las pocas horas que duerme durante la noche no es reparadora para estos pacientes, ya que los pacientes presentan comorbilidades no es fácil conciliar el sueño y mucho menor tener un sueño reparador así como se puede observar

que el 62.2% de los pacientes presenta perturbaciones durante en sueño y que el 33.3% de los pacientes presenta molestias como despertarse para ir al baño por presentar comorbilidades (incontinencia urinaria).

En la desesperación para conciliar el sueño se ha visto que utilizan diferentes medicamentos hipnóticos en nuestros pacientes encuestados el 50% se medica esporádicamente una vez a la semana y el 33.3% 1 o 2 veces por semana, utilizando la automedicación. Otros estudios que se llevaron a cabo con una mayor muestra es la de los autores (Carro, Alfaro, & Boyano, 2009)

Que se llevo a cabo una valoración integral de 234 adultos mayores chilenos, encontrando en los resultados que involucraron la calidad del sueño que el 49,4% de los adultos mayores presentaron problemas para conciliar el sueño en el último mes, 41% dormía menos de 6 horas y cerca de la mitad de la población al levantarse por la mañana se sentía cansado, agotados.

Además el autor termina mencionando lo siguiente: “los trastornos en el sueño presente en la mitad de los adultos estudiados repercute en la calidad de vida, acentuando la depresión como una de las patologías más considerables dentro de la población estudiada, padecimiento psicogeriatrico más frecuentes en este grupo de edad.

Dentro de nuestro estudio rescatamos variables demográficas donde se observa que el porcentaje es mayor en el sexo femenino 55.4% con mala calidad de sueño y deterioro cognitivo que en el masculino. Así mismo se presenta mayores de 60 años en un 69.4%

Dentro del estado civil tiene mayor preponderancia viudos(as) 55.4% y solteros(as) 25% a desarrollar mala calidad de sueño y deterioro cognitivo, dentro del grado de instrucción tenemos que los pacientes que solo llegaron a cursar primaria (28.4%) y secundaria (55.6%) presentan mala calidad de sueño y deterioro cognitivo.

Se debe de tener en consideración que una buena calidad de sueño no solo es fundamental como factor determinante de la salud, sino como un elemento propiciador de una buena calidad de vida y de buena salud.

VI. CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de mala calidad de sueño y deterioro cognitivo en pacientes que acuden a consultorio del INCN.

Existe una relación bidireccional de la mala calidad del sueño y deterioro cognitivo en pacientes neurológicos del instituto nacional de ciencias neurológicas.

Existe un alto porcentaje de pacientes catalogados con mala calidad de sueño que acuden al servicio de consultorio del INCN más aun en el sexo femenino.

Existe un alto porcentaje con déficit cognitivo y mala calidad de sueño que acuden al servicio de consultorio del INCN con predominancia de viudos(as) y solteros(as) , así como aquellos que tienen grado de instrucción primaria o secundaria.

Existe un mayor porcentaje del uso de hipnóticos en el total de pacientes encuestados.

VII. RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar un trabajo de investigación con mayor número de muestra de estudio.
- ✓ Realizar estudios de cohortes que permitan discernir la asociación de mala calidad de sueño y el alzhéimer.
- ✓ Realizar el estudio notificando a los pacientes que dentro de un mes lleven detalles precisos de los acontecimientos que suceden antes y después del sueño y las interrupciones que pueden presente.
- ✓ Se recomienda realizar estudios en otras poblaciones estudiantiles, en trabajadores de salud tratando de investigar otros factores demograficos para lograr encontrar relaciones que se puedan extrapolar, y motivar a futuras investigaciones que puedan enriquecer las medidas preventivas para mejorar los estilos de vida
- ✓ Determinar si existen otros factores que predisponen a presentar mala calidad de sueño.
- ✓ Creación de departamentos en las instituciones para asesoría de los pacientes con mala calidad de sueño el fin de orientar a los mismos para prevenir el deterioro cognitivo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- Aguirre, D., Henaoa, E., Tiradoa, V., Munoz, C., & Arangob, G. (2014). Factores asociados con el declive cognitivo en población menor de 65 años. *Rev colombpsiquiat*, 43(2), 65-113.
- Alessi, C. (1 de setiembre de 2007). Trastornos del sueño en adultos mayores. *Revista medwave*, 4(2), 25-30. doi:10.5867
- Alves, R. (2014). Sleep disturbances and mild cognitive impairment. (E. Scientific, Ed.) *Rev Psychiatry Research*, 10(4), 153-159.
- Anne, A., Olivier, B., Callahan, C. B., Prévill, M., & Hudon, C. (2014). Subjective sleep quality in non-demented older adults with and without cognitive impairment. *rev.Int J Geriatr Psychiatry*, 3(4), 970-977.
- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *revista electronica en psicologia*, 8(1), 80-91.
- Buysse, D., & S., B. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. (E. S. Ireland, Ed.) *Rev Psychiatry Research*, 1(2), 193-213.
- Carro, T., Alfaro, A., & Boyano, I. (2009). Trastornos del sueño. *rev.tratado de gediatria*, 26(11), 265-675.
- Catherine, D., Beauregard, C., Bottari, M., & Nadia, G. (2014). The impact of poor sleep on cognition and activities of daily living after traumatic brain injury. *Rev.Occupational TherapyAustralia*, 6(12), 22-58.
- Chávez, L., Núñez, I., & Díaz, C. (2012). Trastornos del sueño en el adulto mayor: Un problema en aumento. *Acta méd. Peruana*, 29(3), 15-21.
- Chiara, V., Luigi, F., & Combi, R. (2015). The Synergistic Relationship between Alzheimer's

- Disease and Sleep Disorders. (J. o. Disease, Ed.) *Rev. Update*, 3(46), 42-49. doi:DOI: 10.3233/JAD-150138
- Christiana, G., Banks, J., Fins, A., & Tartar, J. (2015). Poor sleep quality is associated with a negative cognitive bias and decreased sustained attention. (J. o. Research, Ed.) *Rev. European Sleep Research Society*, 1(25), 3-4.
- Cruz, E., Hernández, Y., & Morera, B. (2008). Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. (P. d. Río, Ed.) *Rev Ciencias Médicas*, 12(2), 121-130. .
- Durán, S., Mattar, P., & Bravo, N. (2014). Asociación entre la calidad de vida y cantidad de sueño en adultos mayores de la región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile. (c. d. salud, Ed.) *Rev Med Chile*, 142(4), 1371-1376.
- Escobar, F., & Eslava, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Revista de Neurología*, 40(3), 150.
- Escobar, F., Cortes, M., Canal, J. C., Becerra, H., & Caro, C. (2008). Somnolencia diurna excesiva en estudiantes de Tercer semestre de medicina de la Universidad nacional de Colombia. *Revista Facultad de Medicina. Revista Facultad de Medicina*, 56(12), 235-254.
- Gómez, A. (2011). Trastornos del sueño en el adulto mayor. (S. d. SaluddeMéxico, Ed.) *Instituto de Geriatría.*, 5(3), 15-21.
- Gomez, N. (2003). Deterioro cognitivo: Avances y controversias. *Rev cubana med*, 32(5), 22-30.
- Miró, E., Cano, M., & Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. (U. N. Colombia, Ed.) *Revista colombiana de psicología*, 5(14), 11-27.
- Miro, E., Cano, M., & Buela, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, 14(1), 11-25. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed>.

- Miro, E., Iañez, M., & Cano, M. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 301-326. Obtenido de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-42.pdf
- Montenegro, M., Montejo, P., Llanero, M., & A., L. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. (7, Ed.) *Elsevier*, 25-35.
- P., O., Lorrain, D., Forget, H., M., D., Grenier, S., Prévile, M., & Hudon, C. (2012). Sleep Quality and 1-Year Incident Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Adults. *Université Laval Robert-Giffard*, 35(4), 491-499.
- Pando, M., Aranda, C., & Aguilar, M. (2001). Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. *Cadernos de Saúde*, 17(1), 63-69.
- Rosales, E. (2009). *Estudio, validez y confidencialidad de la escala de somnolencia Epworth en población peruana y modificación de la escala para la población que no conduce*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Sierra, J. (2002). Calidad de sueño en adultos mayores e importancia de higiene del sueño. *Dialnet Salud mental*, 25(6), 35-43.
- Sierra, J., Jiménez, C., & Martín, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño Salud Mental. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz*, 25(6), 35-43.
- Tello, T., Varela, L., & Ortiz, P. (2009). Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones. *Acta méd. peruana*, 26(1), 22-26.
- Varela, L., Tello, T., & Ortiz, P. (2010). Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. *Acta méd. peruana*, 7(4), 233-237.

**ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH
(PSQI)**

APELLIDOS Y NOMBRE: _____		N.º IPC: _____	
SEXO: _____	ESTADO CIVIL: _____	EDAD: _____	FECHA: _____
GRADO DE INSTRUCCIÓN: PRIMARIA() SECUNDARIA() SUPERIOR()			

INSTRUCCIONES:

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. **normalmente durante el último mes**. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes**.

¡**Muy importante!** CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS

1. Durante el **último mes**, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?
APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____
2. ¿Cuanto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?
APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____
3. Durante el **último mes**, ¿a qué hora se ha levantado **habitualmente** por la mañana?
APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____
4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama).
APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a **TODAS** las preguntas.

5. Durante el **último mes**, cuántas veces ha tenido Vd. problemas para dormir a causa de:

<p>a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>c) Toser o roncar ruidosamente:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
<p>b) Despertarse durante la noche o de madrugada:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>f) Sentir frío:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
<p>c) Tener que levantarse para ir al servicio:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>g) Sentir demasiado calor:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
<p>d) No poder respirar bien:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>h) Tener pesadillas o «malos sueños»:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>

- i) Sufrir dolores:
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

6. Durante el **último mes**, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- | | |
|----------------|-------|
| Bastante buena | _____ |
| Buena | _____ |
| Mala | _____ |
| Bastante mala | _____ |

7. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

8. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?

- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

9. Durante el **último mes**, ¿ha representado para Vd. mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- | | |
|-----------------------|-------|
| Ningún problema | _____ |
| Sólo un leve problema | _____ |
| Un problema | _____ |
| Un grave problema | _____ |

10. ¿Duerme Vd. solo o acompañado?

- | | |
|---|-------|
| Solo | _____ |
| Con alguien en otra habitación | _____ |
| En la misma habitación, pero en otra cama | _____ |
| En la misma cama | _____ |

POR FAVOR, SÓLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO.

Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el **último mes** Vd. ha tenido:

- a) Ronquidos ruidosos.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |
- e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):
- _____
- _____
- _____
- | | |
|------------------------------|-------|
| Ninguna vez en el último mes | _____ |
| Menos de una vez a la semana | _____ |
| Una o dos veces a la semana | _____ |
| Tres o más veces a la semana | _____ |

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO DE PITTSBURGH

El Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI) consta de 19 preguntas autoaplicada y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero/a de habitación (si éste está disponible). Sólo las preguntas auto-aplicadas están incluidas en el puntaje. Los 19 ítems auto-evaluados se combinan entre sí para formar siete «componentes» de puntuación, cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que un puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 a 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades, y una de 21 indicando severas dificultades en todas las áreas estudiadas.

Para corregir, proceda de la siguiente manera:

Componente 1: Calidad subjetiva del sueño

Examine la pregunta n.º 6, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación del componente 1
«Muy buena»	0
«Bastante buena»	1
«Bastante mala»	2
«Muy mala»	3

Puntuación del componente 1: _____

Componente 2: Latencia de sueño

1.º Examine la pregunta n.º 2, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
< 5 = a 15'	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
> 60 minutos	3

Puntuación de la pregunta n.º 2: _____

2.º Examine la pregunta n.º 5a, y asigne la puntuación correspondiente:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la pregunta n.º 5a: _____

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º 2 y n.º 5a

Suma de las puntuaciones de las preguntas n.º 2 y n.º 5a: _____

4.º Asigne la puntuación del componente 2 como sigue:

Suma de n.º 2 y n.º 5a	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 2: _____

Componente 3: Duración del sueño

Examine la pregunta n.º 4, y asigne las puntuaciones correspondientes:

Respuesta	Puntuación del componente 3
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Puntuación del componente 3: _____

Componente 4: eficiencia de sueño habitual

1.º Escriba aquí la cantidad de horas dormidas:

2.º Calcule el número de horas permanecidas en la cama:

Hora de levantarse (pregunta n.º 3) _____

Hora de acostarse (pregunta n.º 1) _____

Número de horas permanecidas en la cama: _____

3.º Calcule la eficiencia habitual de sueño como sigue:

(Número de horas dormidas/número de horas permanecidas en la cama) x 100 = Eficiencia habitual de sueño (%)

(_____ / _____) x 100 = _____%

4.º Asigne la puntuación del componente 4 como sigue:

Eficiencia habitual de sueño%	Puntuación
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Puntuación del componente 4: _____

Componente 5: Perturbaciones del sueño

1.º Examine las preguntas del n.º 5b al 5j, y asigne puntuaciones para cada pregunta según sigue:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación n.º 5b _____
 n.º 5c _____
 n.º 5d _____
 n.º 5e _____
 n.º 5f _____
 n.º 5g _____
 n.º 5h _____
 n.º 5i _____
 n.º 5j _____

2.º Sume las puntuaciones de las preguntas 5b a 5j:

Suma de 5b a 5j: _____

3.º Asigne la puntuación del componente 5 como sigue:

Suma de 5b a 5j	Puntuación del componente 5
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación del componente 5: _____

Puntuación Global del PSQI

Sume las puntuaciones de los 7 componentes:

Puntuación total del PSQI: _____

Componente 6: Uso de medicación hipnótica

Examine la pregunta n.º 7 y asigne la puntuación que correspondiente:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación del componente 6: _____

Componente 7: Difusión diurna

1.º Examine la pregunta n.º 8, y asigne las puntuaciones como sigue:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación de la pregunta n.º 8: _____

2.º Examine la pregunta n.º 9, y asigne las puntuaciones como sigue:

Respuesta	Puntuación
Ningún problema	0
Sólo un leve problema	1
Un problema	2
Un grave problema	3

3.º Sume las puntuaciones de las preguntas n.º 8 y n.º 9:

Suma de n.º 8 y n.º 9: _____

4.º Asigne las puntuaciones del componente 7 como sigue:

Suma de n.º 8 y n.º 9	Puntuaciones
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación del componente 7: _____

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	