



**Universidad Michoacana De San Nicolás de
Hidalgo**



División de estudios de posgrado de la Facultad de Enfermería

**Calidad de vida relacionada al insomnio en personas Adultas
Mayores de Huetamo, Michoacán**

TESIS

Que para obtener el grado de Maestro en Enfermería
con Terminal Adulto Mayor

PRESENTA:

L. E. César Iván Torres Román

Directora de Tesis

Dra. en Enf. Maria Magdalena Lozano Zuñiga

Co-directora

Dra. en Educación Ana Celia Anguiano Morán

Morelia, Michoacán

noviembre, 2021

Directorio

M.S.P. Julio César González Cabrera

Director

M.C.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria académica

M.E. Renato Hernández Campos

Secretaria administrativa

Mesa sinodal

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Asesora

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Co-asesora

Dra. María de Jesús Ruiz Reséndiz

Revisora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Vocal

La **Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga**, asesora y la **Dra. Ana Celia Anguiano Morán** co-asesora, profesoras e Investigadoras de tiempo completo adscritas a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

CERTIFICAN

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado **“Calidad de Vida Relacionada al insomnio en Adultos Mayores de Huetamo Michoacán”**. Elaborado por el Licenciado en Enfermería **César Iván Torres Román**, mismo que presenta para la obtención de grado de **Maestro en Enfermería con terminal en el Adulto Mayor** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

DIRECTORA

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga

Profesora e Investigadora de tiempo completo

CO-DIRECTORA

Dra. Ana Celia Anguiano Morán

Profesora e Investigadora de tiempo completo

Revisora

Dra. María de Jesús Ruiz Reséndiz

Profesora e Investigadora de tiempo completo

VOCAL

Dra. Mayra Itzel Huerta

Baltazar

Profesora e Investigadora de tiempo completo

VOCAL

M. E. Ruth Esperanza Pérez

Guerrero

Profesora e Investigadora de tiempo completo

DEDICATORIA

A mis padres

Por seguir creyendo en mí, porque ustedes y mi familia son el motor que me impulsa a ser mejor persona y profesional, porque su compañía es muy importante para mi vida ya que me iluminan y me dan esperanza en momentos difíciles.

Por su apoyo incondicional, por no dejarme solo por seguir creyendo en mí, por su comprensión y paciencia en este tiempo, tanto económica como emocionalmente.

A mis hermanos

Que me ayudaron, en especial a mi hermano José Elías Torres Román por apoyarme económicamente y con el tiempo, absorbiendo parte de las cosas que me tocaban realizar en casa y ayudando a mi papá en su trabajo.

A Dios

Por permitirme vivir cada día y no dejarme solo, dándome fuerza cuando pensaba que no podía más, por seguir adelante para poder llegar a brindar un cuidado con fundamento científico al que lo requiera. por darme a mis padres y hermanos y todas las personas que se unieron a esta causa para que yo pudiera concluir mi maestría en Enfermería.

A mi

Por no desistir en momentos difíciles, por las horas de sueño que no volverán, por el esfuerzo y mi disciplina, porque me amo haciendo lo que más me gusta.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora

Dra. María Magdalena Lozano Zúñiga, por guiarme y proporcionarme sus conocimientos, por ser paciente en ayudarme, por confiar en que puedo ser un gran maestro en Enfermería, por su amistad y cariño, por ser buena persona y buen ser humano.

A todos los profesores de la facultad de Enfermería

Que me brindaron sus conocimientos mediante las unidades de aprendizaje en la facultad de Enfermería, por sus asesorías y por seguir luchando para que Enfermería pueda ser cada vez mejor.

A los Adultos Mayores

De Huetamo, Michoacán, ya que, sin su participación y cooperación, no podría llevarse a cabo este estudio, por su tiempo en contestar, infinitas gracias.

Índice

I.	Introducción	1
Capítulo I		
II.	Justificación	5
III.	Planteamiento del problema.....	10
IV.	Objetivos.....	12
4.1	General.....	12
4.2	Específicos	12
V.	Hipótesis	13
5.1	Hipótesis de investigación	13
5.2	Hipótesis nula	13
Capítulo II		
VI.	Marco teórico	15
6.1	Insomnio	15
6.1.1.	Concepto	15
6.1.3.	Factores de riesgo.....	17
6.1.4.	Clasificación	19
6.1.5.	Diagnóstico.....	20
6.1.6.	Consecuencias	22
6.1.7.	Población expuesta	22
6.2.	Adulto mayor	23
6.2.1.	Características.....	24
6.3.	Calidad de vida	27
6.3.1.	Antecedentes de definición.....	27
6.3.2.	Calidad de vida en adulto mayor	28
6.4	Dorothea Orem	30
6.4.1.	Teoría del autocuidado	30
6.4.2.	Teoría del déficit de autocuidado.....	35
6.4.3.	Teoría de sistemas de Dorothea Orem	36
6.4.4.	Principales supuestos	37
6.4.5.	Importancia de la teoría de Dorothea Orem.....	38
Capítulo III		

VII.	Material y métodos.....	43
7.1.	Tipo de estudio	43
7.2.	Definición del universo de estudio	43
7.3.	Muestra.....	43
7.4.	Límite de tiempo y lugar.....	43
7.5.	Criterios de selección.....	43
7.5.1.	Criterios de inclusión	43
7.5.2.	Criterios de exclusión	43
7.6.	Definición y operacionalización de variables.....	43
7.7.	Selección de métodos y procedimiento de recolección de la información	44
7.7.1.	Descripción del instrumento.....	44
7.7.2.	Procedimiento de recolección de datos	45
7.7.3.	Análisis estadístico	46
7.7.4.	Plan de difusión	47
VIII.	Consideraciones éticas y legales	48

Capítulo IV

IX.	Resultados	51
X.	Discusión	58
	Hallazgos encontrados	66
XI.	Conclusiones	69
XII.	Sugerencias	71
XIII.	Referencias.....	72
XIV.	Apéndices	81
	Apéndice 1. Instrumento cuestionario WHOQOL-BREF	81
	Apéndice 2. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)	86
	Apéndice 3. Operacionalización de variables	94
	Apéndice 4. Consentimiento informado	96
	Apéndice 5. Recolección de datos sociodemográficos	97
XV.	Anexos.....	98
	Anexo 1. Certificado de artículo de investigación.....	98
	Anexo 2. Constancia de ponencia de tema.....	99
	Anexo 3. Certificado de protocolo de investigación.....	100

Índice de Tablas

Tabla 1 Datos sociodemograficos de los participantes.....	51
Tabla 2 Componentes de la calidad del sueño	54
Tabla 3 Dimensiones de la calidad de vida	55
Tabla 4 Correlación entre la calidad de vida, calidad de sueño con las variables sociodemográficas.....	55
Tabla 5 Correlación entre la calidad del sueño con las dimensiones de la calidad de vida.....	56
Tabla 6 Correlación entre calidad de vida con los componentes de la calidad del sueño	57

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema de Dorothea E. Orem 40

Figura 2. Esquema de teoría de Orem y las variables de estudio 41

Resumen

Introducción: Debido al aumento del porcentaje de personas adultas mayores en México y la manera en la que se desenvuelven en su entorno se dificulta llegar a la vejez sin enfermedades asociándose el insomnio, debido a que se diagnostica con mayor frecuencia en este grupo etario, repercutiendo en su funcionalidad y las esferas físicas, psicológicas y sociales. Actualmente, el insomnio es considerado un problema de salud pública ya que altera su manera de vivir. **Objetivo:** Determinar la relación entre la calidad de vida y el insomnio en Adultos Mayores. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, muestreo no probabilístico por conveniencia, muestra 90 AM; instrumentos: WHOQOL-BREF para calidad de vida e Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh para insomnio. Estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** 55.6% fueron mujeres, 71.1% fueron analfabetas, 56% casados, 47.8% se dedica al hogar y el 27.8% a la agricultura. 50% de participantes duerme entre 3 a 6 horas, con una media de 4.3 horas dormidas. La calidad de vida está relacionada al insomnio de manera estadísticamente significativa [$\rho(90) = -.327$ $p < 0.05$], es decir, entre mayor insomnio menor calidad de vida. **Conclusiones:** Pese a los cambios producidos por el envejecimiento, las pocas horas de sueño, presentar insomnio crónico y la somnolencia diurna, los adultos mayores deben seguir activos laboralmente, disminuyendo cada vez más su calidad de vida y aumentando el insomnio.

Palabras clave: Trastorno del sueño, calidad de vida, anciano, envejecimiento, relación.

ABSTACT

Introduction: Due to the increase in the percentage of older adults in Mexico and the way in which they live in their environment, it is difficult to reach old age without diseases associated with insomnia, since it is diagnosed more frequently in this age group, affecting their functionality and physical, psychological and social spheres. Currently, insomnia is considered a public health problem since it alters their way of life.

Objective: To determine the relationship between quality of life and insomnia in older adults. **Methods:** Quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional, non-probabilistic convenience sampling, sample 90 MA; instruments: WHOQOL-BREF for quality of life and Pittsburgh Sleep Quality Index for insomnia. Descriptive and inferential statistics. **Results:** 55.6% were women, 71.1% were illiterate, 56% were married, 47.8% were engaged in the home and 27.8% in farming. 50% of participants sleep between 3 to 6 hours, with a mean of 4.3 hours. Quality of life is statistically significantly related to insomnia [$\rho(90) = -.327$ $p < 0.05$], that is, the greater the insomnia the lower the quality of life. **Conclusions:** Despite the changes produced by aging, few hours of sleep, presenting chronic insomnia and daytime sleepiness, older adults must remain active at work, increasingly decreasing their quality of life and increasing the insomnia.

I. Introducción

De acuerdo a las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017 el porcentaje de Adultos Mayores (AM) se duplicará de 12 a 22% a nivel mundial para el 2050. Esta cifra refleja la necesidad de implementar programas sociales, políticas públicas y acceso de servicios de salud a AM dirigidos en afrontar el impacto del envejecimiento en la salud, debido a que, en esta etapa se presentan múltiples problemas asociados con el envejecimiento y múltiples cambios endocrinos metabólicos y en los ciclos de sueño-vigilia.

Conforme pasa el tiempo en el ciclo vital, las personas sufren cambios lentos, progresivos y acumulativos en su cuerpo, referente al ciclo- sueño vigilia se presenta como características: sueño fragmentado, despertar precoz, mayor dificultad para conciliar el sueño, percepción menor de sueño, entre otros, aumentando las posibilidades de padecer insomnio a medida que pasa la edad. En los últimos años, este trastorno del sueño, es uno de los problemas más relevantes en los AM, vinculado por la modernidad, cambios de estilo de vida y a una reorganización familiar y condiciones económicas (D'hyver de las Deses, 2018).

En la actualidad, más de un tercio de la población lo padece donde siete de cada 100 habitantes desarrollan síntomas de insomnio clínico (D'hyver de las Deses, 2018) presentándose en cualquier edad, sin embargo, se diagnostica con mayor frecuencia en los AM, siendo mujeres las más afectadas, asociándose a enfermedades médicas, edades avanzadas, pobre salud y al uso de fármacos que aumentan la aparición de insomnio (Álamo et al., 2016) también se relaciona con mayor riesgo de episodios de depresión, riesgo caídas, déficit cognitivo y en el enlentecimiento de la memoria como lo menciona Cepero et al. (2020) todo esto repercute en la vida diaria de la Población Adulta Mayor [PAM] requiriendo cada vez más atención sanitaria con altos costes tanto en tratamiento como en estancias de larga duración.

En consecuencia, la inadecuada satisfacción de sueño en la PAM es considerada un problema de especial repercusión dadas a sus consecuencias para la

salud en los AM y para las personas que lo rodean (Estrella y Torres, 2015) al igual que diversos autores reconocen al insomnio como un trastorno de entidad propia y merecedor de tratamiento propio, asociándose a causas multifactoriales, entre ellas el proceso de envejecimiento (Álamo et al., 2016; Viniegra et al., 2015).

Dicho proceso, trae consigo múltiples cambios físicos, mentales y sociales, por lo que ha cobrado importancia en los últimos años al igual que la medición de la calidad de vida en las personas, en el presente trabajo se estudiaron las variables antes mencionadas, por lo tanto, y debido a la importancia de este trastorno del sueño, se requiere conocer la calidad de vida relacionada al insomnio en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán, para ello, el objetivo general de la presente investigación es determinar la relación entre la calidad de vida con el insomnio en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán. La presente investigación corresponde a la línea de generación y aplicación del conocimiento “Cuidado integral y autocuidado en el adulto mayor” que pertenece al cuerpo académico CA-UMSNH-CAEC-208 promoción de la salud, se espera que este trabajo coadyuve en el fortalecimiento de dicha línea de generación y aplicación del conocimiento.

Este documento se agrupó en capítulos, en el primero se ubica la justificación en la que se representa la necesidad de estudiar el insomnio y su relación con la calidad de vida en los AM ubicados en Huetamo, Michoacán. También se aborda el planteamiento del problema, que presenta la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos, así como las hipótesis de estudio. El capítulo dos muestra el marco teórico conceptual que incluye los elementos derivados del planteamiento del problema en el siguiente orden: insomnio, adulto mayor, calidad de vida, Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

En el capítulo tres se describe el proceso metodológico, explicando los procedimientos y herramientas que permitieron al investigador lograr el objetivo de la investigación. De igual manera se incluyen las consideraciones éticas y legales que se tomaron en cuenta para el desarrollo del trabajo, teniendo como fundamento el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y la Declaración de Helsinki. El capítulo cuatro presenta la descripción de resultados

obtenidos en el trabajo de investigación, incluyendo las variables sociodemográficas de ambos grupos, las variables de estudio y la relación existente entre la calidad de vida y el insomnio.

También se desarrolla la discusión donde se realiza un análisis de resultados obtenidos en este estudio, comparando los resultados por otros investigadores observando diferencias y similitudes, al igual el análisis de resultados con lo referente a Dorothea E. Orem en su desarrollo de la Teoría del Autocuidado. En este capítulo se definen las principales sugerencias que se desprenden de los resultados obtenidos, las conclusiones y recomendaciones. Por último, se mencionan las referencias bibliográficas citadas durante la elaboración del documento, siguiendo esta línea, se muestran los apéndices y anexos.

II. Justificación

Este trabajo de investigación se proyecta a partir de la observación detallada en prácticas comunitarias, instituciones hospitalarias y en cuidados domiciliarios sobre la incidencia y prevalencia de trastornos de sueño en los AM en Morelia, Michoacán, los cuales presentaban después siestas diurnas, alteración anímica, aversión de alimentos, despertares frecuentes y somnolencia diurna, lo cual ha encaminado este proyecto de investigación a indagar sobre la existencia de la relación entre la calidad de vida y el insomnio en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán.

Esta investigación tiene relevancia debido al incremento de la PAM y del crecimiento progresivo de trastornos del sueño que se ha ido pasando por desapercibido y adquiriendo una postura normal en los AM donde la fragmentación del sueño se percibe cómo cosa normal. Una vez que existe insomnio en la persona repercute en todas las esferas de vida, este trastorno del sueño posee relevancia social y económica puesto que, aumenta los costos económicos en mayor tratamiento médico, costos sociales y mentales en la persona insomne (D´hyver de las Deses, 2018). Se estima que la mitad de las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio tienen alteraciones del sueño y aumenta hasta el 60% en el caso de los ancianos institucionalizados, cuya alteración más frecuente en ambos casos es el insomnio (Rodríguez y Muñoz, 2016, P.54).

Anteriormente, en España la prevalencia del insomnio en AM era de 10-50%, de estos el 10-13 % sufren de insomnio crónico y del 25 a 35% presentan insomnio transitorio u ocasional (Ibáñez et al., 2015). Actualmente, la prevalencia del insomnio en este país corresponde al 21.1%, de los cuales el 28.1% presenta algún síntoma relacionado con el insomnio al menos una vez en su vida, y el 6.9% presenta insomnio de carácter clínico. En cuanto a la duración de insomnio, el 84.8% presenta insomnio mayor de un año, 4.3% entre 6 y 12 meses y un 10.9% menos de 6 meses (Torrens et al., 2019).

En diversos estudios, la prevalencia del insomnio ocurre con más frecuencia en personas del sexo femenino (Téllez et al., 2015; Torrens et al., 2019; Viniegra et al., 2015). Sin embargo, en el estudio realizado con una muestra total de 51 participantes,

resultó que el insomnio se presenta con mayor frecuencia en hombres (69.2%) (Carmona y Molés, 2018). Referente al estado civil y estado laboral, el insomnio se muestra más en los AM viudos, divorciados, jubilado y desempleados (Torrens et al., 2019, sección de resultados). También, la edad, el estado socioeconómico bajo, los diagnósticos de trastornos psiquiátricos y el consumo sustancias en exceso son variables de impacto para presentar insomnio (Viniegra et al., 2015, párrafo 3).

Por otra parte, en España el 63.1% de los usuarios manifestaron dormir más de 6 horas, el 31,9% permanecía en cama un periodo superior a 8 horas y el 52.5% entre 6 y 8 horas. Asimismo, el 46.25% (74) de los participantes declararon problemas para dormir, de los cuales, el 66,2% consultaron a la enfermera o médico de atención primaria por este problema. Respeto a la duración del insomnio, el 97.3% de los casos era tipo crónico, donde un 40,5% declaró que la alteración aparecía diariamente y el otro 40,5% reportó alteraciones diurnas con frecuencias al menos tres veces por semana sufrir alteraciones diurnas (Pardo y González, 2017, p .122).

A nivel nacional, se realizaron tres estudios sobre la frecuencia del insomnio el primero fue en población general de la ciudad de Monterrey y los dos últimos se llevaron a cabo en el Distrito Federal (DF) con pacientes de consulta externa de hospital general y población general. Por un lado, en el estudio de Monterrey se detectó un 36% de insomnio, por otro lado, en el DF la prevalencia del insomnio fue del 34%. (Alvarado, 1997). Actualmente, en la ciudad de Monterrey, México los trastornos de sueño más frecuentes son: ronquido (50%); indicadores de piernas inquietas (24.6%); insomnio (24%); y somnolencia diurna (16%). Referente a la calidad de sueño, el 44.1% presentó una mala calidad de sueño (Téllez et al., 2016, sección de resultados) afectando su manera de vivir.

Es por este motivo que el sueño es considerado un pilar fundamental para mantener una manera adecuada la vida humana y ocupa al menos un tercio de nuestras vidas (Pardo y Gonzales, 2017) de manera semejante, Rodríguez y Muñoz (2016, p.53) definen al sueño como “uno de los factores que más contribuyen al logro de un estado de bienestar psicológico y físico en las personas adultas mayores”, es así como el descanso se considera una actividad necesaria para el ser humano donde se

llevan a cabo cambios endocrinos, metabólicos, de temperatura, mentales, y bioquímicos que van a definir el equilibrio físico y psíquico del individuo (Tello et al., 2016).

No obstante, dicha necesidad inherente del ser humano está relacionada con el proceso de envejecimiento, por lo que, a medida que pasa el tiempo esta va disminuyendo fragmentado cada vez más el sueño, de igual manera, tomará mayor tiempo en conciliar el sueño presentando una alteración de los niveles de adrenalina de la vigilia a causa del predominio colinérgico ocurrido durante el sueño. Por ende, la perturbación del sueño puede afectar la presión arterial, el ritmo cardiaco y la circulación, así como estar comprometido una alteración cognitiva en los procesos de atención y memoria de corto plazo (Tello et al., 2016).

En consecuencia, la satisfacción inadecuada de descanso en la PAM es considerada un problema especial dadas a sus repercusiones físicas, psicológicas, sociales, económicas como en su salud o representan un deterioro en lo social, laboral, académico, dicho de otra forma, en la manera de vivir no solo de los AM sino de las personas que lo rodean (Estrella y Torres, 2015; Martínez et al., 2019). De igual modo, el no dormir bien está asociado a múltiples efectos secundarios, uno de ellos es asociado a dolor corporal que incrementa con la edad (Tello et al., 2016). Igualmente, en la PAM se ha encontrado una asociación del insomnio con el deterioro cognitivo, debido a esto, se ha establecido que el insomnio puede actuar como predictor sobre alteraciones de diversos factores como habilidades psicomotoras, de memoria, equilibrio, vigilancia, atención y tiempo de reacción (Álamo et al., 2016, p. 40).

Por consiguiente, las principales razones por las que se acude a consulta médica corresponden a grandes malestares subjetivos en el estado emocional, mismos que son ocasionados por los trastornos del sueño, esto lleva implícito tratamiento con psicofármacos, que son costosos y producen efectos secundarios (Carmona y Moles, 2018). Por lo anterior, el insomnio destaca por su magnitud en los AM al ser el motivo de consulta frecuente en atención primaria, donde es posible resolver en cuanto a demandas en gran número este cuadro clínico (Pardo y González, 2017, p. 121). Asimismo, los trastornos del sueño pueden empeorar el curso de las enfermedades, y

las modificaciones del sueño en el ciclo circadiano dan lugar a problemas de salud que se caracterizan por ser procesos biológicos similares a los observados en la debilidad (Rodríguez y Muñoz, 2016, p.54).

Pese a la información anterior, el insomnio causa revuelo debido a que suele pasar por desapercibido o no tratarse en las consultas médicas, conllevado al empeoramiento de las enfermedades que presenten las personas, por lo que tanto, el diagnóstico como brindar el tratamiento oportuno para atender este trastorno del sueño son todo un reto (Martínez et al., 2019) debido a que, el principal efecto del insomnio se observa en la vida diaria al manifestarse: estar tenso, irritable, deprimido, presentando problemas de concentración, dificultades en el trabajo y ocio, al igual que, la aparición de problemas crónicos en salud. De igual manera en el entorno laboral se caracteriza por: requerir mayor utilización de servicios sanitarios, consumo de medicamentos, ausentismo laboral, disminución de la productividad y posibles accidentes (Torrens et al., 2019).

De las evidencias anteriores, determinar la relación entre la calidad de vida e insomnio en la PAM de Huetamo, Michoacán es importante porque se podrá actuar en consecuencia con una propuesta de promoción a la salud para fortalecer el autocuidado de la PAM con acciones accesibles a la población y dentro de su contexto sociocultural, postulando para dicha propuesta emplear el recurso de medicina tradicional y complementaria accesible y/o conocida para la población de estudio, con el fin de mejorar su calidad de vida y calidad del sueño.

Dentro de este marco, algunos elementos que pueden ser considerados en la propuesta es la higiene del sueño, uso de aromaterapia, posturas de hata yoga, ejercicio físico, musicoterapia y masoterapia. Se prevé el uso de estas terapias por no ser invasivas, y si accesibles a la economía de la persona, vinculado a esto, la propuesta tendría una estructura que el AM pueda cumplir y que preferentemente se mantenga seguimiento con el profesional de Enfermería.

A partir de esto, el AM y su familia pueden contar con recursos instrumentales para fomentar su autocuidado en la necesidad de descanso, mejorando su proceso natural de sueño y evitando el efecto negativo que puede causar el insomnio en la

calidad de vida. Es necesario resaltar que cuando el profesional de Enfermería logra cambios positivos en hábitos de salud en la población que atiende, en este caso personas AM, está siendo agente transformador desde la promoción de la salud, evitando con esto, los costos que conlleva todo trastorno de salud, desde cuestiones del estado de ánimo, desempeño diario, rendimiento, así como el uso, abuso de fármacos y la utilización de los servicios de salud. El presente estudio que lleva por nombre calidad de vida relacionada al insomnio de personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán, es posible de realizarse, ya que se tiene acceso a la PAM que vive en Huetamo, Michoacán.

III. Planteamiento del problema

Vivir con un trastorno del sueño como el insomnio plantea retos presentes y futuros grandes a una persona. Vivir estos retos es un camino largo por recorrer, al ser un trastorno de progresión lenta, afectando a la persona a lo largo del tiempo y de igual manera los familiares, ya que, también deben de adaptarse a estos cambios como a los costos económicos, sociales y mentales que conlleva este padecimiento, si el insomnio se presenta en el adulto mayor puede conllevar a resultados trágicos a su salud y duraderos, como lo describe Zepf (1999) los trastornos del sueño no han sido reconocidos como un problema de salud pública.

En la actualidad, el estado de Michoacán presenta un incremento en la tasa de crecimiento que viene en aumento desde 1950 hasta la fecha, con un índice de 0.9%. Hoy por hoy, los AM representan 4,748, 846 habitantes de la población general en el estado. Referente a la epidemiología, corresponde que por cada 100 niños menores de 15 años existen 46.33 AM (Consejo Estatal de la Población [CEP], 2021) donde el insomnio se vuelve cada vez más presente en esta población, debido a que se diagnostica con mayor frecuencia en este grupo etario, en consecuencia, se estima que la mitad de las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio tienen alteraciones del sueño aumentando hasta el 60% en el caso de los institucionalizados, y el insomnio es la alteración más frecuente en ambos casos (Rodríguez y Muñoz, 2016, p.54).

Es sabido que el insomnio predomina en el sexo femenino, no obstante, afecta también al sexo masculino (Carmona y Molés, 2018, p.78) aumentado su prevalencia con la edad (Viniestra et al., 2015, párrafo 3). En este sentido, este trastorno del sueño repercute en todas las esferas de vida del ser humano como en la vida diaria, en consecuencia, afecta la salud y conlleva a la aparición de problemas crónicos de salud, mayor utilización de servicios sanitarios y consumo de medicamentos, manifestándose en mayor disfunción diurna como en la disminución de la productividad y afectando su manera de realizar las actividades de la vida diaria (Torrens et al., 2019).

Vinculado a esto, la presente investigación tiene el objetivo que indica determinar la calidad de vida relacionada al insomnio en personas adultas mayores de

Huetamo, Michoacán. Este trabajo de investigación servirá para determinar dicha relación, en términos de investigación, será conveniente para nuevas investigaciones sobre el tema y sobre cómo reducir la relación, si procede. Por lo que, el conocer el nivel de calidad de vida permite dilucidar los efectos esperados e inesperados de los programas de salud, su índice puede ser utilizado para establecer la magnitud de un posible cambio positivo, ya que muestra el lado humano de la medicina, que muchas veces puede perderse por el sistema de las instituciones de salud pública, por lo que debe cobrar importancia que tiene en si misma (Robles et al., 2016).

Este estudio contribuirá también a crear nuevo conocimiento sobre dicha relación, logrando abrir paso a posteriores investigaciones de intervención en caso de presentar resultados positivos ante dicha relación para prevenir o reducir el insomnio en la PAM causando un efecto en la calidad de vida. A sí mismo, estos resultados crearán mayor conciencia tanto en población general como profesional de Enfermería para que se actúe tomando medidas dirigidas en atender la necesidad de sueño en la PAM.

De igual manera, se podrá conocer el comportamiento de la relación del insomnio con calidad de vida, servirá para fortalecer la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem, y se enriquecerá las subteorías de sistemas, sobre el apoyo educativo como forma preventiva para atender tal necesidad en investigaciones posteriores, si procede. Por lo antes mencionado y teniendo en cuenta los recursos que se posee, se puede decir que es factible y viable este estudio, ya que se tiene acceso a la población de estudio localizada en la ciudad de Huetamo, Michoacán, tomando en cuenta los costos y materiales son mínimos y correrá a cargo del presente investigador y se pretende tener concluido dicho estudio dentro del límite de tiempo (julio 2021). Por lo descrito anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación ¿existe relación entre la calidad de vida e insomnio en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán?

IV. Objetivos

4.1 General

Determinar la relación entre calidad de vida e insomnio de personas adultas mayores en Huetamo, Michoacán.

4.2 Específicos

Caracterizar a la población participante con base en las variables sociodemográficas.

Identificar el insomnio en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán.

Identificar la calidad de vida en las personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán.

Conocer la relación de la calidad de vida e insomnio con las variables sociodemográficas.

Establecer la relación entre la calidad de vida y el insomnio de las personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán.

V. Hipótesis

5.1 Hipótesis de investigación

A mayor insomnio menor calidad de vida en las personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán.

5.2 Hipótesis nula

A menor insomnio mayor calidad de vida en las personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán.

VI. Marco teórico

6.1 Insomnio

6.1.1. Concepto

Según la American Academy of Sleep Medicine ICSD-2 definió el *insomnio* como:

la dificultad para iniciar o mantener el sueño, despertar demasiado temprano, el sueño es crónicamente no restaurador o de calidad pobre por lo menos durante un mes. El problema del sueño ocurre a pesar de las circunstancias y condiciones adecuadas para dormir (como se citó en Guía de Práctica Clínica [GPC], 2005, p.2).

Por otra parte, en el año 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP) define al insomnio como la predominante insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño, asociada a uno o más de los síntomas siguientes:

la dificultad para iniciar y mantener el sueño, que se caracteriza por despertar frecuente o problema para conciliar el sueño después de despertar, el despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir. el cual este presente durante un mínimo de tres meses y se produzca al menos tres noches de la semana, donde la dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir (AAP,2013).

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 (ejemplo, Narcolepsia, trastorno relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, parasomnias). El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) o la coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia de insomnio. Especificar si: con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias. Con otra afección médica concurrente. Con otro trastorno del sueño. Especificar si es: episódico: los síntomas duran mínimo un mes,

pero menos de tres meses; Persistente: los síntomas duran tres meses o más. Recurrente: dos o más episodios en el plazo de un año (AAP, 2013, p. 203).

No obstante, la clasificación internacional de los trastornos del sueño (ICTS-3) publicada en el 2014 resume el término del insomnio como una dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano (Sateia, 2014).

Actualmente, el término *insomnio* ha sufrido varias modificaciones a través del tiempo, sin embargo, el término más actual se define como:

la dificultad para conciliar o mantener el sueño, acompañada de una sensación de sueño no reparador, a pesar de que las condiciones para el sueño son adecuadas (es decir, que las condiciones ambientales son óptimas), y que suele acompañarse de fatiga y somnolencia durante el día (Qaseem et al., 2016).

En un estudio español la prevalencia del insomnio fue, de acuerdo a las horas de sueño: el 63,1% manifestó dormir más de 6 horas; 31,9% permanecía en cama un periodo superior a 8 horas; y el 52,5% entre 6 y 8 horas. De los cuales 74 (46,25%) pacientes declararon problemas para dormir, de los cuales 49 (66,2%) habían consultado a la Enfermera o Médico de AP por este problema. Un 40,5% declaró que la alteración aparecía diariamente y en el otro 40,5% ocurría al menos tres veces por semana. Por último, el 97,3% de los casos el problema era crónico (más de 4 semanas) (Pardo y González, 2017, p. 122).

Al igual que el estudio realizado en el mismo país muestra qué la prevalencia de insomnio fue del 21.1% y del insomnio clínico del 6.9%, un 28.1% presentaban algún síntoma relacionado con insomnio, además que el 84.8% declaraban que presentaban insomnio desde hacía más de un año, un 4.3% entre 6 y 12 meses y un 10.9% menos

de 6 meses y también es más frecuente en mujeres, viudos y divorciados y en personas jubiladas y desempleadas (Torrens et al., 2019, sección de resultados).

En otro estudio mexicano, muestra que los trastornos de sueño más frecuentes son: ronquido (50%), indicadores de piernas inquietas (24.6%), insomnio (24%) y somnolencia diurna (16%). En relación con la calidad de sueño, 44.1% presenta una mala calidad de sueño. Al evaluar la frecuencia de trastornos del sueño por sexo, se encontró que ocurre con mayor frecuencia en las mujeres, excepto en el ronquido donde en hombres es más frecuente, de los cuales reportaron un puntaje mayor o igual a cinco los hombres, lo cual es indicador de sueño de mala calidad (Téllez et al., 20216, p. 99-100).

Siguiendo esta línea, el insomnio es uno de los trastornos del sueño que más comúnmente se presenta en la población mexicana, cuya frecuencia de insomnio crónico se estima entre el 10 y el 30%, pero se calcula que hasta el 80% de la población ha sufrido insomnio transitorio al menos una vez en su vida (Qaseem et al., 2016).

Diversos estudios han demostrado que este trastorno se presenta más en mujeres, y con una mayor prevalencia entre la cuarta y la sexta década de la vida, aunque es más común en pacientes mayores de 65 años (Márquez y Chiquete, 2013). Sin embargo, hay evidencia donde el sexo que presentaba más frecuentemente insomnio es el masculino (69.2%) (Carmona y Moles, 2018, p.78). Por lo que se debe de realizar el presente estudio para determinar la relación del insomnio y la calidad de vida en adultos mayores en Morelia, Michoacán de acuerdo al sexo.

6.1.3. Factores de riesgo

Al ser un problema de progresión lenta y que causa múltiples modificaciones en la vida del adulto mayor, los factores de riesgo son diversos, como se muestra: la edad es el factor modificador más consistente de la necesidad y de la arquitectura del sueño, puesto que a medida que van pasando los años va disminuyendo las horas de sueño en la edad adulta entre 7 y 8 horas por noche, por consiguiente, en la senectud podría ser más pronunciada la hora del sueño. (Pérez, 2016, p.12). Así como, la siesta no es inocua, por un lado, podría ser signo de somnolencia diurna excesiva, que a su vez

podría presagiar el inicio de un deterioro cognitivo, lo que podría indicar trastornos que fragmentan el sueño nocturno (Pérez, 2016, p.13; Moreno et al., 2018).

Los factores relacionados con el insomnio son varios, pero entre las causas más comunes se encuentran: el estrés (factor relacionado estrechamente con el insomnio episódico, y este puede ser físico, psicológico, psicosociales o interpersonales), mientras que las enfermedades crónicas y el tratamiento de estas están relacionadas con el insomnio crónico. Entre los factores del insomnio también se encuentran: factores psicológicos: estrés, ansiedad, depresión. Estrés postraumático: pesadillas, terror a quedarse dormido o volver a dormir. Enfermedades: asma, artritis, hipertensión, diabetes, insuficiencia cardíaca, parkinson y cáncer. Uso de benzodiazepinas, barbitúricos y antidepresivos. Factores ambientales: luz en la habitación, sonidos de alta intensidad, calor o fríos excesivos. Sustancias: alcohol, cafeína, nicotina y otras drogas. Otros trastornos del sueño: Síndrome de piernas inquietas y síndrome de apnea obstructiva del sueño, etc. (Qaseem et al., 2016).

Dentro de las enfermedades en las que se ha demostrado ser factores de riesgo del Insomnio en diferentes estudios (Likhan y Aouad, 2017; Martin, 2016; Petrov et al., 2014) son: enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial (HTA), cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, arritmias, coronopatías. Enfermedades respiratorias: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, asma. Enfermedades metabólicas: síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), obesidad, dislipidemia. Enfermedades neurológicas: enfermedad vascular cerebral, deterioro cognitivo o demencia. Enfermedades psiquiátricas: depresión, ansiedad, pensamientos suicidas y el síndrome de fatiga crónica. Enfermedades gastrointestinales: reflujo gastroesofágico, colon irritable. Enfermedades urológicas: prostatismo. Enfermedades endocrinas: hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison. Enfermedades reumatológicas: artrosis, artritis, fibromialgia. Enfermedades dermatológicas: psoriasis, y otras patologías que cursen con prurito. Además de los antes mencionados, también se asocia con un incremento en la tasa de mortalidad en pacientes con enfermedad cardiovascular (Martin, 2016; Likhan y Aouad, 2017).

Otros factores de riesgo para el insomnio son los relacionados al estilo de vida y el consumo de fármacos, los que se mencionan a continuación el consumo de estos productos, medicamentos también son factor de riesgo de insomnio: Alcohol, tabaco, cafeína, té, estimulantes del sistema Nervioso Central como las anfetaminas, metilfenidato, los antihipertensivos y diuréticos, citostáticos y opioides, las hormonas tiroideas, corticoides, fenilefrina, pseudoefedrina, broncodilatadores (Teofilina), Antidepresivos (Inhibidores de la mono oxidasa, inhibidores selectivos de la receptación de serotonina, inhibidores selectivos de la receptación de la serotonina y noradrenalina) (Martin, 2016).

6.1.4. Clasificación

La Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria en el 2011, clasifica al insomnio en tres factores:

En función de su etiología:

Insomnio primario: no tiene un factor etiológico claramente identificable o no está asociado a ningún cuadro clínico, puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento. Insomnio secundario o comórbido: aparece como consecuencia, un cuadro clínico o de una situación adaptativa.

En función del momento de la noche en que se produce:

Insomnio de mantenimiento: el paciente presenta problemas para mantener el sueño, frecuentes interrupciones y/o periodos de vigilia durante el mismo, frecuente en caso de problemas psíquicos y médicos ligados al envejecimiento. Despertar precoz: El último despertar se produce como mínimo dos horas antes de lo habitual para el paciente. Insomnio de conciliación: Se refiere para iniciar el sueño, este se produce generalmente en jóvenes ligado a problemas médicos, consumo de drogas o trastornos psiquiátricos, como trastornos de ansiedad.

En función de su duración:

Insomnio de tipo transitorio: duración inferior a una semana, es asociado a factores estresantes desencadenantes (causas medioambientales, cambios bruscos de

horario, estrés físico ocasional, crisis emocionales) que cuando desaparecen, el sueño vuelve a la normalidad. Insomnio de corta duración o agudo: duración de 1 a 4 semanas, se relaciona con factores estresantes, pero más duraderos que en el insomnio tipo transitorio. Insomnio crónico: dura 4 semanas o más y puede deberse a causas intrínsecas al organismo, por ejemplo, a una enfermedad física o psiquiátrica de larga duración o no tener causa subyacente evidente (Guía de práctica clínica, 2011, Sección de clasificaciones).

También, la American Academy of sleep Medicine (AASM) en el 2014 menciona los subtipos del insomnio:

Insomnio crónico: se caracteriza por quejas en inicio o en el mantenimiento del sueño, con síntomas asociados durante el día y cuando estas dificultades con el sueño suceden más de tres veces por semana y al menos durante tres meses. Sin embargo, latencias del sueño mayores de 20 minutos generalmente tienen significado clínico (ASSM, 2014).

Insomnio de corta duración: caracterizado por la dificultad para el inicio o el mantenimiento del sueño, que resulta en insatisfacción con el sueño y que aparece por periodos de tiempo inferiores a los 3 meses. Puede aparecer de forma aislada o con otras condiciones comórbidas como alteraciones mentales, enfermedades médicas o uso de ciertas sustancias (ASSM, 2014).

Otros tipos de insomnio: este diagnóstico se reserva para personas con síntomas de dificultad de inicio y mantenimiento del sueño que no cumplen los criterios de insomnio crónico o insomnio de corta duración, se usa de forma provisional en espera de más información para establecer el diagnóstico definitivo (ASSM, 2014).

6.1.5. Diagnóstico

El insomnio se puede diagnosticar fundamentalmente en el primer nivel de atención, basándose en la historia clínica y en la exploración física del paciente, donde la historia clínica debe incluir una historia del sueño completa y exhaustiva con el objetivo de definir el problema concreto que presenta el paciente. El cuidador primario o persona que comparte su dormitorio haga presencia en la consulta, toma un papel

importante, ya que describirá datos del sueño acerca del paciente que este puede desconocer (Martin, 2016).

En la historia médica se debe recoger lo siguiente:

Antecedentes familiares: si algún familiar ha padecido algún trastorno del sueño.
Antecedentes personales: con el fin de identificar enfermedades médicas y psiquiátricas actuales o pasadas que puedan estar relacionadas con el insomnio.
Enfermedades psiquiátricas: depresión, y trastornos por abuso de sustancias, y a su vez, el insomnio puede ser la expresión precoz de un trastorno mental (Martin, 2016, p.33).

Enfermedades médicas: artritis o dolor neurótico, dolor en epigastrio debido a ulcera o reflujo gastroesofágico, dolor tumoral, nicturia, síntomas respiratorios asociados al decúbito supino, síntomas neurológicos como parestesias, tratamientos farmacológicos. Historia de consumo de sustancias: Consumo pasado y actual de alcohol y/o drogas. Entorno socio familiar y laboral: para identificar posibles factores estresantes, como el horario de trabajo, estilo de vida: se preguntará sobre hábitos alimentarios durante el día y cena, cantidad y horario, consumo de tabaco y bebidas estimulantes (café, colas, té, cantidad y hora del último consumo), ya que la cafeína ocasiona dificultad en el inicio y mantenimiento del sueño y nicotina también (Martin, 2016, sección de historia clínica; Medina et al., 2014).

También se debe complementar con la historia del sueño: información proporcionada por el paciente o por la pareja aportará datos sobre lo que sucede durante el sueño mientras el paciente duerme, como:

Momento de la noche en que aparece: dificultad para iniciar el sueño y latencia o tiempo que tarda en conciliar el sueño.

Dificultad para mantener el sueño: despertar temprano con incapacidad de volverse a dormir.

Repercusiones diurnas: somnolencia, fatiga, déficit cognitivo (incluyendo falta de concentración, de atención o memoria, cambios de humor, cefaleas), afectación psicomotora o conducta interpersonal (Martin, 2016, sección de historia del sueño).

6.1.6. Consecuencias

Las consecuencias del insomnio crónico en la población, son múltiples, especialmente en los AM se traducen en tiempos de lenta reacción y dificultad mayor para mantener el equilibrio en el sueño, dificultad para iniciar el sueño y latencia o tiempo que tarda en conciliar el sueño desde que se va a dormir, despertares frecuentes (dificultad para mantener el sueño), despertar precoz, los cuales se asocian a caídas relacionadas directamente con el riesgo de mortalidad. Así como, el déficit de atención y memoria como resultado de un sueño pobre o escaso. Además, el insomnio puede preceder al desarrollo de otros trastornos (Martin, 2016, p.34).

De la información anterior, se realizó un análisis de mediación para examinar el vínculo causal entre los síntomas del insomnio y caídas entre los adultos mayores, donde concluían que los síntomas de insomnio conducen a una mayor caída a través de la disminución de salud mental (Chen et al., 2017; Hernández-Ruiz, 2019). De igual manera, existe abundante evidencia de que los trastornos del sueño, entre ellos el insomnio, son un factor de riesgo muy importante e independiente para diversas enfermedades cardiovasculares como: hipertensión, infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencia cardiaca (IC) y fibrilación auricular. La explicación más aceptada para esta relación tiene que ver con los trastornos del sueño que generan un estrés crónico que se relaciona con un aumento en la producción de hormonas de estrés como el cortisol, además de una mayor actividad del sistema simpático y un estado de inflamación crónica, lo cual favorece esta inflamación un daño al endotelio vascular, generando hipertensión y tendencia a trombosis (Carrillo et al., 2018, p.18).

6.1.7. Población expuesta

Se ha descrito con amplitud al insomnio anteriormente que la PAM y la población infantil son las que se asocian a mayor frecuencia de la aparición de este trastorno del sueño. Sin embargo, se presenta en mayor número de casos en la PAM, puesto que las características del sueño en los AM difieren al respecto de los adultos, ya que

suelen referir irse más temprano a dormir, despertarse temprano por la mañana y a un incremento de la tendencia de sueño todo el día, además de presentar un sueño más fragmentado y mayor recepción de mala calidad del sueño. Por lo tanto, poseen un sueño menos efectivo, un tiempo de sueño total similar o menor y un aumento de latencia del sueño (Martin, 2016, p.40; Téllez et al., 2015).

Actualmente, como lo menciona Martin (2016) se desconoce en qué porcentaje se deben los cambios normales de la edad y/o los derivados de factores ambientales o procesos patológicos propiamente dichos en cuanto a los cambios del sueño, numerosos factores pueden influir en los cambios en la calidad de sueño en el anciano, además de presentar pluripatología, polifarmacia, factores psicosociales, funcionales y factores medioambientales.

6.2. Adulto mayor

En México el AM es considerado como “aquella persona que tiene 60 años o más” tal como lo señala la Norma Oficial Mexicana 167 en el año 1999 (NOM-167-SSA1-1997/2013, sección de definiciones). Dado esto, se espera que el número de personas mayores de 60 se duplique para 2050 en el mundo lo que requerirá de un cambio social radical, según un nuevo informe publicado por la OMS para el Día Internacional de las Personas de Edad (OMS, 2017).

En los últimos años, de acuerdo a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en el 2017 reportó que la esperanza de vida en México es de 75.34 años y 76.97 años para el 2030, de los cuales, los hombres enfrentan una menor esperanza de vida (72.88 años) que las mujeres (77.93 años) mientras que, en 2030, los indicadores ascienden a 74.64 y 79.41 años respectivamente. En el año 2015, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la PAM conformaban el 10.4% (12 millones 436 mil 321 personas) de la población total, y de acuerdo con el Consejo Nacional de la Población (CONAPO) para el 2030 representarán 14.6% (20 millones 14 mil 853 personas) del total de la población del país (como se citó en SEDESOL, 2017, p.7).

También, el Índice de Envejecimiento (IE) se incrementaría notablemente porque en el 2014, este índice indicaba que en el país había 35 PAM por cada 100 menores de 15 años y para el 2020 el IE será 45 PAM por cada 100 menores de 15 años, cifra que aumenta para el 2030 a 63 PAM por cada cien menores de 15 años, donde el IE en hombres aumentará 24 puntos porcentuales (de 31.54% a 55.32%), y en mujeres es mayor, por cada cien menores de 15 años en 2030 habrá 70 PAM (SEDESOL, 2018, p. 9; INEGI, 2021). Por otra parte, se espera que para el 2030 el IE haya aumentado de 42.3% a 59.87% de hombres y mujeres respectivamente, lo que demuestra que la población adulto mayor seguirá un crecimiento significativo, así como también las repercusiones en la salud de dichas personas (SEDESOL, 2018).

6.2.1. Características

En el 2015, en el DF se encontró que en total de adultos mayores hay 1, 137, 647 habitantes, de los cuales el 46.4% (521, 277 habitantes) son hombres y el 53.5% (616,370 habitantes) son mujeres, la cual es predominante, cuya esperanza de vida al nacimiento en hombres es de 72 años y de mujeres es 77 años, el total de adultos mayores indígenas con respecto a la población de adultos mayores son 70,957 habitantes indígenas (que corresponde al 6.2% de la población total del estado) (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2015, p.65).

Actualmente, el porcentaje mundial que posee 60 años de edad o más se duplicará (de 11% a 22%), como se prevé que la PAM aumentará de 900 millones en el 2015 a 1, 400 millones para el 2030, y 2, 100 millones para el 2050, donde la esperanza de vida entre el 2025 y el 2030 en América Latina y el Caribe aumentará a 80.7 años para las mujeres y 74.9 años para los hombres como lo describe la OMS en el 2017.

En el estudio en la ciudad de Monterrey, México, con población de 280 AM, se obtuvo lo siguiente: edad media fue de 84.73 años, siendo mujeres 200 (71.1%) y 80 hombres (28.9%), el riesgo de caídas se observó mediante el *Timed Get Up and Go*, se observó que el 52.9% con un tiempo mayor a 15 segundos, que indica alto el riesgo de caídas; el nivel nutricional se encontró que el peso medio total de los participantes fue de 58.38 (± 14.82 kg) y el Índice de Masa Corporal medio fue de 24.37 (± 4.43 kg/m²)

puntos en hombres y en mujeres un 21.66 (± 4.71 kg/m²) lo que los ubica en peso bajo, normal y sobre peso, indicando posibles dudas si su alimentación es adecuada por el riesgo de malnutrición (Coindreau et al., 2018,p.730).

También se observó incontinencia urinaria en un 41.8%, estreñimiento en un 40.4% y úlceras por presión en un 3.9%, así como, enfermedades crónicas más prevalentes como Hipertensión arterial (58.6%), diabetes Mellitus (26.8%) e hipercolesterolemia (35.4%) esto es importante, ya que el tipo de alimentación ocasiona diversos trastornos psicológicos, y las enfermedades crónicas presentes incrementan el riesgo de padecer insomnio entre otros trastornos del sueño y psiquiátricos (Coindreau et al., 2018, párrafo 2).

En Michoacán los AM comprenden el 10% (439,127 habitantes) de los cuales 206,658 son hombres (45.8%) y 232,469 son mujeres (54.1%) donde su perfil poblacional es el siguiente: la totalidad de PAM en Michoacán son 20,049 habitantes (4.5% de la población total del estado). En cuanto a la ubicación por zona, corresponden 282,685 habitantes adultos mayores (64.3%) en zona urbana y 156,442 adultos mayores (35.6%) corresponden a la zona rural. Y en el municipio de Morelia, Michoacán, los adultos mayores conforman el 9.3% de la población total (INAPAM, 2015, p, 125).

De acuerdo al porcentaje de analfabetas corresponden los hombres al 13% y mujeres el 20% de la población total adulto mayor. Con respecto al nivel educativo corresponde lo siguiente:

Sin educación: 39.3% corresponde a la educación básica de 1 a 9 años, el 52.7% educación media superior de 1 a 13 años y de educación superior de 1 a 18 años y más el 4.8%, lo que resulta alarmante, puesto que tenemos una PAM con rezago educativo, lo que puede repercutir tanto a nivel laboral como en la salud. En cuanto al estado de civil son: solteros 6.4%, casados 59.1%, unión libre 3.6%, separados 3.8%, divorciados 1.2% y viudos 25.6% (INAPAM, 2015).

Referente a la seguridad social: el 39% tiene acceso al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 9% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los

Trabajadores del Estado (ISSSTE), 21% al Seguro popular ahora llamado INSAVI, 27% no tiene acceso a ninguna institución de salud y solo un 4% tiene acceso a otras instituciones (Valdés, 2016. P. 16). Estas cifras resultan alarmantes puesto que presentan limitancias en la seguridad social, colocando a este grupo etario en situación de vulnerabilidad en relación a exposición de enfermedad sin tratamiento médico. Con base al tipo de vivienda corresponden: vivienda alquilada 18%, vivienda prestada 17%, vivienda propia 65%. Por último, en cuanto a recibir ayuda de algún programa de Gobierno es la siguiente: prospera 12%, 65 y más 4% y Gobierno Estatal 84% (INAPAM, 2015).

Respecto a presentar enfermedades en el estado de Michoacán, los datos son los siguientes: DM2 34%, HTA 29%, enfermedades neurológicas 2%, enfermedades reumáticas 6%, enfermedades cardiovasculares 2%, enfermedades respiratorias 28%, enfermedades oncológicas 3% y otras enfermedades 16% (INAPAM, 2015). En cuanto al tipo de discapacidad, los AM presentan: discapacidad motriz 68%, discapacidad visual 32%. En relación a los AM que utilizan accesorios para poder caminar las cifras corresponden: andadera (0%), bastón (22%), silla de ruedas (3%) y el 75% no utiliza ningún accesorio, lo cual podría dar la impresión de que resulta positivo puesto que la gran mayoría se desplaza sin dificultad.

Sin embargo, la disminución de los sentidos a medida que la edad avanza aumenta, por lo que de acuerdo a los datos en relación a los sentidos son los siguientes: disminución olfativa (16%), Auditiva (57%), y visual (68%) mismo que presentan: problemas a la hora de la ingesta de alimentos, problemas de equilibrio por la gran mayoría que presenta falla auditiva y a la hora de caminar también se ve afectada puesto que la gran mayoría (75%) presenta disminución o falla visual (INAPAM, 2015).

Actualmente, el nivel de discapacidad de los AM en este aspecto va en constante incremento a padecer discapacidades, en el 2010 eran 5, 049,769 mayores (48.1% de la población total) que sufrían alguna discapacidad, en el 2013 fueron 5, 739,270 ancianos (50.9% de la población total) que padecían discapacidad y por último

en el 2018 son 6, 391, 999 habitantes adultos mayores que corresponden a un 53.6% que sufren alguna discapacidad (Valdés, 2016, p.17).

La esperanza de vida al nacimiento en hombres es de 71 años y en mujeres 77 años de edad. (INAPAM, 2015). A nivel nacional, se cuenta con 119, 530,753 habitantes en el 2016, de los cuales la PAM consta de 12, 100,000 habitantes longevos donde el 46% y el 54% de hombres y mujeres, al grupo de edad de 60-79 años de edad corresponde el 85.6%, de 80-99 años de edad corresponde el 12.6% y de 100 años y más corresponde el 1.8% de la población (Valdés, 2016, p. 9).

Cabe resaltar que desde el 2016 se reportan hogares con un menor número de integrantes, más hogares con integrantes más longevos que pueden presentar enfermedades degenerativas y trastornos psiquiátricos o del sueño, como factores de riesgo significativos (Valdés, 2016, p. 23) por lo que se debe de investigar su trayectoria y el curso del padecimiento de insomnio, si este incrementa.

6.3. Calidad de vida

6.3.1. Antecedentes de definición

La OMS en Ginebra en 1996 es cuando se acuñe la definición para el termino calidad de vida como aquella “Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (como se citó en Robles et al., 2016, p. 121).

Sin embargo, la primera utilización del término *calidad de vida* tuvo lugar a fines de los 60's por Wolfgang Zapf como una “correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un grupo de población determinado, y su correspondiente valoración subjetiva” (como se citó en Fernández-López et al., 2010, p. 170).

Con el transcurso del tiempo el término calidad de vida se usó indistintamente para nombrar aspectos diferentes de la vida como: estado de salud, función física, bienestar físico, adaptación psicosocial, bienestar general, satisfacción con la vida y felicidad. En su esencia incluye aspectos lingüísticos, culturales y fenomenológico y un constructo hipotético que desafía el científico manejo. Sin embargo, la *calidad de vida*

se refiere al “conjunto de condiciones que contribuyen a lo valioso de la vida y a hacer agradable o grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, o con el bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo de carácter positivo y negativo” (Fernández-López et al., 2010, p.170, párrafo 5).

En un artículo clásico describe que la *calidad de vida* se define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que se vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (OMS, 1996, como se citó en Testa y Simonson, 1996). Misma que, para poder evaluarse, como lo cita el artículo clásico, debe reconocerse en su concepto multidimensional y las dimensiones que lo conforman, se influyen por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto y pueden ser definidas como percepciones de la salud, esta consiste en la sensación de bienestar (Testa y Simonson, 1996).

También, la *calidad de vida* se define como:

Un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante, que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionados con la salud (Peterson y Bredow, 2004, p. 212).

Este término es un concepto vago como se ha descrito anteriormente, debido a que su contenido es discutible, habitualmente esta característica hace que se recurra a conceptos sinónimos o cercanos, lo que incrementa la confusión, no obstante, cada dimensión de la calidad de vida se divide en dos: análisis objetivo de un estado de salud y las percepciones subjetivas de la misma. Con lo que, se puede afirmar lo siguiente: dos personas con el mismo estado de salud pueden presentar una calidad de vida muy diferente (Robles et al., 2016).

6.3.2. Calidad de vida en adulto mayor

Al incluir la variable calidad de vida con la población de estudio, se puede saber cómo esta influye en la población a la hora de realizar sus actividades. Por ejemplo, en

un estudio elaborado en el 2018 con una población de 82 AM, quienes fueron intervenidos en instituciones y domicilios, se recabó lo siguiente: en situación de salud, presentaban DM y HTA 48.8%, 15.8% algún tipo de neoplasia, 14.6% enfermedades mentales y discapacidades, de infecciones respiratorias y diarreicas el 5.8% y dolor crónico asociado a artritis o fracturas el 7.3%, donde la calidad de vida en relación al estado de salud fue baja en los adultos mayores a la atención de Enfermería (Salcedo et al., 2018).

En otro estudio realizado en la ciudad de Cartagena, Colombia, con una población participante de 657 AM, con 71 años de edad promedio, predominante el sexo femenino con un 55.7%, se resultó que la calidad de vida se asoció positivamente al recibir apoyo social adecuado y la independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y negativamente a la hora de trabajar o tener presión laboral (Vargas y Melguizo, 2017).

En este estudio la calidad general de vida fue excelente para el 87.4%, (567), mala para el 12.6% (83) (Vargas y Melguizo, 2017, sección de resultados, párrafo 4). De igual manera, en los resultados de otro estudio se describe que la calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales, y culturales en el entorno que se desarrolla en gran medida por las escalas de valores de los individuos (Varela, 2016). Por tanto, se debe caracterizar a la población participante con base a las variables sociodemográficas para observar si hay diferencia entre estos datos.

Siguiendo esta línea, en un estudio mexicano se detectó que el 92.8% de los adultos mayores realizan las medidas de higiene personal de manera independiente como bañarse sin ayuda, lavarse las manos y pies. Con relación a la toma de medicamentos el 88.6% lo realizó sin ayuda, prepara su comida el 73.6% de manera autónoma, y el 85.5% maneja su propio dinero y el 70% realiza sus propias tareas de la casa, donde el 18% están en riesgo de dependencia y el 82% de los adultos mayores fueron independientes (Monroy et al., 2016).

Sin embargo, cuando el insomnio se presenta en los AM, la calidad de vida toma un paisaje diferente, como lo menciona un estudio que la inadecuada satisfacción de la necesidad de sueño en la población adulta mayor es considerada un problema de

especial repercusión dadas sus consecuencias para la salud tanto para el adulto mayor como para las personas que lo rodean (Estrella y Torres, 2015; Hernández-Huayta et al., 2016). Debido a que en la PAM se ha encontrado asociación entre el insomnio y el deterioro cognitivo, y se ha establecido que el insomnio puede actuar como predictor provocando alteraciones en la atención y en tiempo de reacción, atención y concentración, vigilancia, velocidad psicomotora, resolución de problemas, velocidad y exactitud en toma de decisiones complejas y memoria (Álamo et al., 2016).

Por otra parte, la repercusión que tiene el insomnio en la calidad de sueño, es significativa en AM y se señala una relación entre el envejecimiento y el empeoramiento de la calidad del sueño provocando problemas en la vida diaria mostrando mayor prevalencia en personas diabéticas (Pardo y González, 2017). Por lo que este trabajo de investigación se debe realizar para lograr determinar la presencia de la relación del insomnio y la calidad de vida en los adultos mayores de Huetamo, Michoacán.

6.4 Dorothea Orem

6.4.1. Teoría del autocuidado

El desarrollo de la presente investigación se encuentra enfocado en la Teoría del autocuidado diseñada por Dorothea Orem, sus conceptos de Autocuidado son esenciales para la presente investigación.

Autocuidado: Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo dirigido hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar” (como se citó en Fernández, 2013).

Dorothea define a los factores condicionantes básicos como: “los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado” (Naranjo et al., 2017, p.14). Se denominan factores condicionantes básicos, identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de

cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos (Naranjo et al., 2017).

En la teoría de Orem (1993) se describen 10 factores básicos que condicionan el autocuidado, sin embargo, solo se conceptualizan algunos, se definieron, de acuerdo a la autora, de la siguiente forma:

Edad: “número de años cumplidos” (como se citó en Fernández, 2013).

Sexo: “género del individuo” (como se citó en Fernández, 2013).

Estado de desarrollo: “etapa evolutiva en la que se encuentran los individuos de acuerdo a la edad” (como se citó en Fernández, 2013).

Estado de salud:

es la autopercepción del individuo del nivel de funcionalidad y bienestar en relación con su salud y se define para esta investigación a través de la medición del índice de masa corporal, nivel de tensión arterial, percepción del estado de salud y antecedentes familiares y personales (como se citó en Fernández, 2013).

Factor del sistema de salud:

aquellas características que permiten de acuerdo a la línea de vinculación al sistema la mayor o menor accesibilidad a la atención en salud, y se definen en esta investigación a través de las variables tipo de afiliación al sistema, acceso a citas y medicamentos (como se citó en Fernández, 2013).

Factores del sistema familiar: “cantidad de interacción y apoyo que percibe el individuo de su núcleo familiar para conseguir un mayor estado de salud. Se define a través de las variables, estado civil, apoyo para el cuidado de salud y relaciones familiares” (como se citó en Fernández, 2013).

Factores del medio ambiente: “condiciones del entorno y del individuo que le permite alcanzar un nivel óptimo de bienestar, definido por las variables zona de vivienda, estrés, relajación y descanso-sueño” (como se citó en Fernández, 2013).

Factor patrón de vida:

comportamiento del individuo en torno a los hábitos que influyen o determinan el estado de salud, para el estudio se consideran el consumo de cigarrillo, alcohol, sal, frutas, verduras, grasas y actividad física (como se citó en Fernández, 2013).

Disponibilidad y adecuación de los recursos: “condiciones económicas que presentan los individuos para cubrir sus necesidades personales y familiares básicas y están determinadas por el estrato, ocupación, proveedor de recursos para el hogar y salario” (como se citó en Fernández, 2013).

De la información anterior, los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidados. Algunos como: la edad, el sexo y el estado de desarrollo, así como los factores del entorno físico afectan al grado en el que debería de satisfacerse un requisito de autocuidado universal o del desarrollo. La autora menciona que estos factores van a condicionar el tipo de conducta de autocuidado son de dos tipos: unos propios de la persona y otros del ambiente.

Asimismo, Orem etiqueta su Teoría de Déficit de Autocuidado como una teoría general compuesta por tres sub teorías relacionadas: la sub teoría del autocuidado que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. La sub teoría de déficit de autocuidado describe y explica como la enfermera puede ayudar a la gente y la sub teoría de sistemas enfermeros que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería. El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar (como se citó en Fernández, 2013).

Del mismo modo, la autora describe que el autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada, continua y conforme con los requisitos

reguladores de cada persona, estos requisitos están relacionados con periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medio ambientales, esta teoría también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de otros (como se citó en Fernández, 2013).

Por un lado, las acciones de autocuidado que realiza el individuo se encaminan al cumplimiento de los requisitos de autocuidado. Los requisitos de autocuidado son un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas (Naranjo et al., 2017).

Los requisitos de autocuidado que deben satisfacer los individuos Orem los determina en 3 tipos: requisitos de autocuidado universal, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado universal son definidos como:

los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del círculo vital (Fernández, 2013).

Se proponen 8 requisitos para hombres, mujeres y niños:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
4. La provisión del cuidado asociado con los procesos de eliminación y los excrementos.

5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal (como se citó en Fernández, 2013).

El segundo tipo de requisito de autocuidado, son los relativos al desarrollo. Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universal en la segunda edición de Nursing, Concepts of practice, porque promueven los procesos de vida y la madurez, previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos.

Por último los requisitos de autocuidado de desviación de salud, estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico, las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias del cuidado que precisan las personas ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras dura (Fernández, 2013).

Por otro lado, Dorothea Orem define al *autocuidado* como:

una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Naranjo et al., 2017, p. 4).

La autora en el año 1959 definió el autocuidado como es “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo” (como se citó en Fundamentos UNS, 2012).

Del mismo modo, Orem define el autocuidado como “la práctica de actividades que realizan las personas maduras o que están madurando, durante determinados periodos de tiempo, por si mismas, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuando con el desarrollo personal y el bienestar” (como se citó en Fernández, 2013).

Según la autora, el autocuidado podría considerarse como “la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir”. También, contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo y cuidado como “aquella totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él” (como se citó en Fundamentos UNS, 2012).

De igual manera, estableció la teoría del déficit de autocuidado como “un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería”. Dicha teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo (Naranjo et al., 2017).

6.4.2. Teoría del déficit de autocuidado

Orem refiere que la teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la acción de autocuidado de las propiedades humanas y la demanda de autocuidado, refiere que los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno y usa la palabra agente de autocuidado para describir a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica y se considera agente de autocuidado cuando las personas realizan su propio cuidado (Naranjo et al., 2017).

Por ende, menciona que la agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado donde las personas que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado

adecuada y señala que el cuidar de uno mismo es el proceso de autocuidado, el cual se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud (Naranjo et al., 2017).

En contraste con este punto, la autora describe a las limitaciones del cuidado como aquellos obstáculos para el autocuidado, es decir, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos y al aprendizaje del autocuidado como funciones humanas del autocuidado y de su mantenimiento, el cual, si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse con la observación, recabando datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas formas.

También, menciona las cuatro acciones del autocuidado interna y externa que proporcionan un índice general sobre la validación de los métodos auxiliares, las cuales son: 1) Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos, 2) acciones expresivas interpersonales, 3) secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos y 4) secuencia de acción para controlar factores externos. Y los dos tipos de acciones que están orientadas al autocuidado internamente son: 1) secuencia de acción de recursos para controlar los factores internos y 2) secuencia de acción para controlarse uno mismo y por lo tanto regular los factores internos o las orientaciones externas de uno mismo (Naranjo et al., 2017).

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros (as) pueden actuar por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo, donde el tipo de sistema se refiere al grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regulando o rechazar el cuidado terapéutico (Naranjo et al., 2017).

6.4.3. Teoría de sistemas de Dorothea Orem

La autora de la Teoría del Déficit de autocuidado clasifica los tipos de sistemas de Enfermería, en donde participan: la enfermera, el paciente o grupo de personas y los acontecimientos ocurridos, estos, a su vez, poseen similitudes en cuanto a la relación de Enfermería que debe estar claramente establecida en los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben

ser determinados. A continuación, se describen los tipos de sistema de enfermería que Dorothea Orem estableció dicha existencia:

Sistema totalmente compensador: es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Donde la enfermera se hace cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad (Naranjo et al., 2017).

Sistema parcialmente compensador: no requiere de la misma amplitud o intensidad de intervención enfermera que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera compensa sus requisitos de autocuidado, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción (Naranjo et al., 2017).

Sistema de apoyo educativo: este sistema es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. Donde la enfermera limita su ayuda a tomar decisiones a comunicar conocimientos y habilidades (Naranjo et al., 2017).

6.4.4. Principales supuestos

Persona, Orem lo conceptualiza como:

el organismo biológico, racional y pensante, un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (como se citó en Fundamentos UNS, 2012).

Salud, la autora lo describe como:

un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes, significa "Integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano

como una unidad individual, por lo tanto, se considera como la percepción del bienestar que tiene una persona” (como se citó en Fundamentos UNS, 2012).

Enfermería, Dorothea E. Orem define este término como:

es el servicio humano, prestado cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (como se citó en Fundamento UNS, 2012).

6.4.5. Importancia de la teoría de Dorothea Orem

La teoría realizada por Orem resulta importante porque ofrece a los profesionales de enfermería herramientas para brindar atención de calidad, ante cualquier ocasión en relación con el binomio salud-enfermedad, de igual manera, este modelo proporciona un marco conceptual donde establece una serie de conceptos considerados como aceptados para el desarrollo y fortalecimiento de toda la Enfermería (Naranjo et al., 2017).

Dicha teoría centra su atención en los metas paradigmas (persona, salud, enfermedad, ambiente, enfermería) podría ser la solución para los grandes problemas de salud y cuidado que se prestan en la actualidad, como base para ejercer acciones de calidad, con fundamento científico repercutiendo positivamente en la mejoría de la salud o en el mantenimiento de la misma (Naranjo et al., 2017).

Como en todos los países, esta teoría puede mejorar condiciones de vida de la población, familia o individuo, si se toma en cuenta las enfermedades crónico degenerativas, en cuanto a promoción y el mantenimiento de la misma. Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente. Se debe hacer hincapié, es muy importante puesto que sirve de referente teórico, metodológico y

posee un carácter práctico para los profesionales que se dedican a la investigación (Naranjo et al., 2017).

Uno de los puntos que se debe recalcar de la teoría de Dorothea Orem es acerca de la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, también que el profesional enfermero determine cuando y en qué momento el paciente pueda realizar su propio autocuidado y cuando se pueda realizar para su logro del paciente; además, ofrece un cuerpo teórico para los enfermeros que les permita explicar los diferentes fenómenos en los que puede presentarse la salud (Naranjo et al., 2017).

Por último, es importante para la teoría del déficit de autocuidado el conocimiento por parte del personal de enfermería los conceptos que la autora abarca, pues permiten definir los cuidados de enfermería con el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, así como también de recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de esta (Naranjo et al., 2017). A continuación, se presentan en la Figura 1 y Figura 2 el esquema que propone Orem del autocuidado, y el esquema propuesto por Orem con las variables del estudio como marco conceptual para la enfermería en el cual se desarrolla nuestro estudio, mostrando las variables de la presente investigación.

Figura 1

Esquema de Dorothea E. Orem

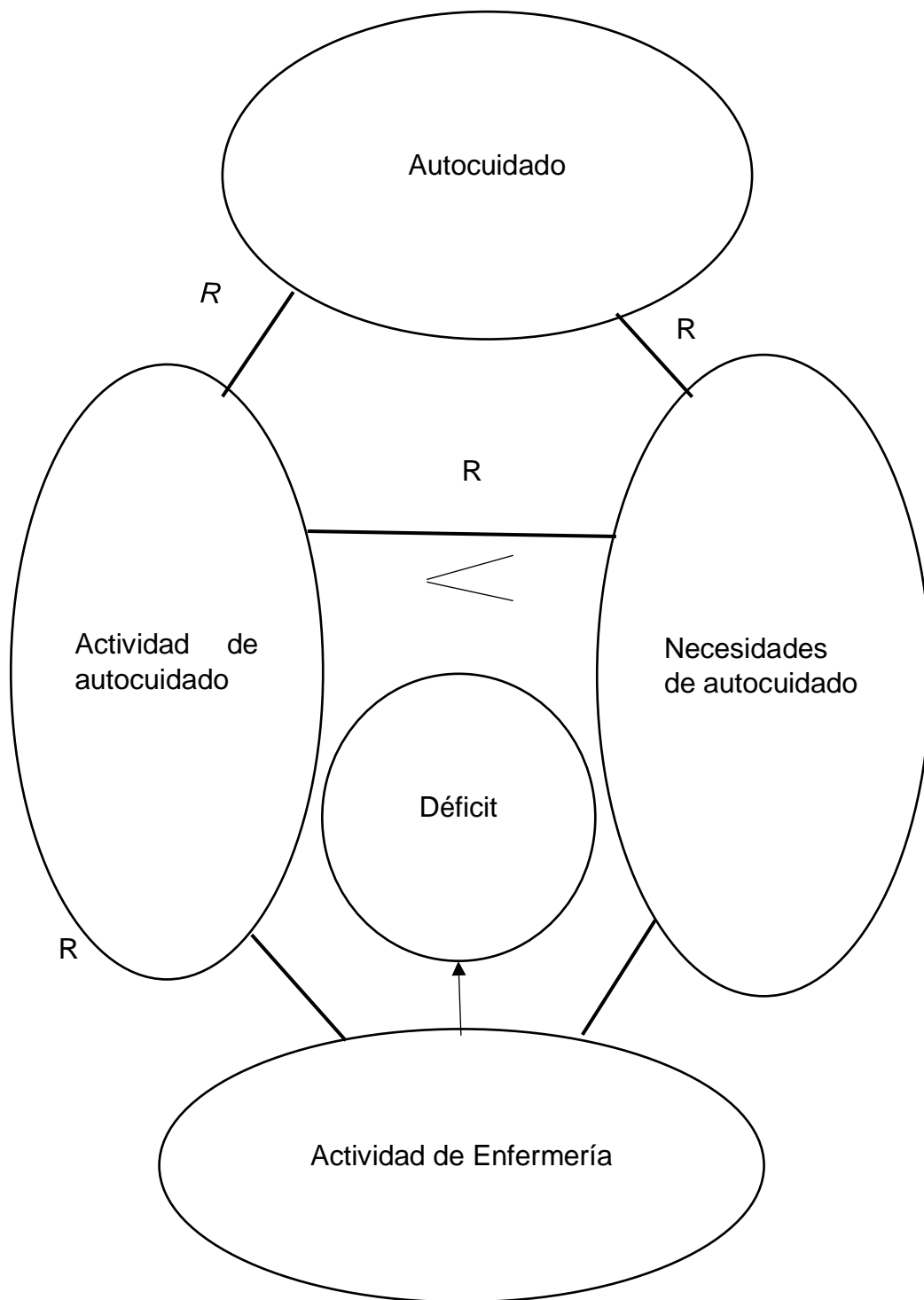
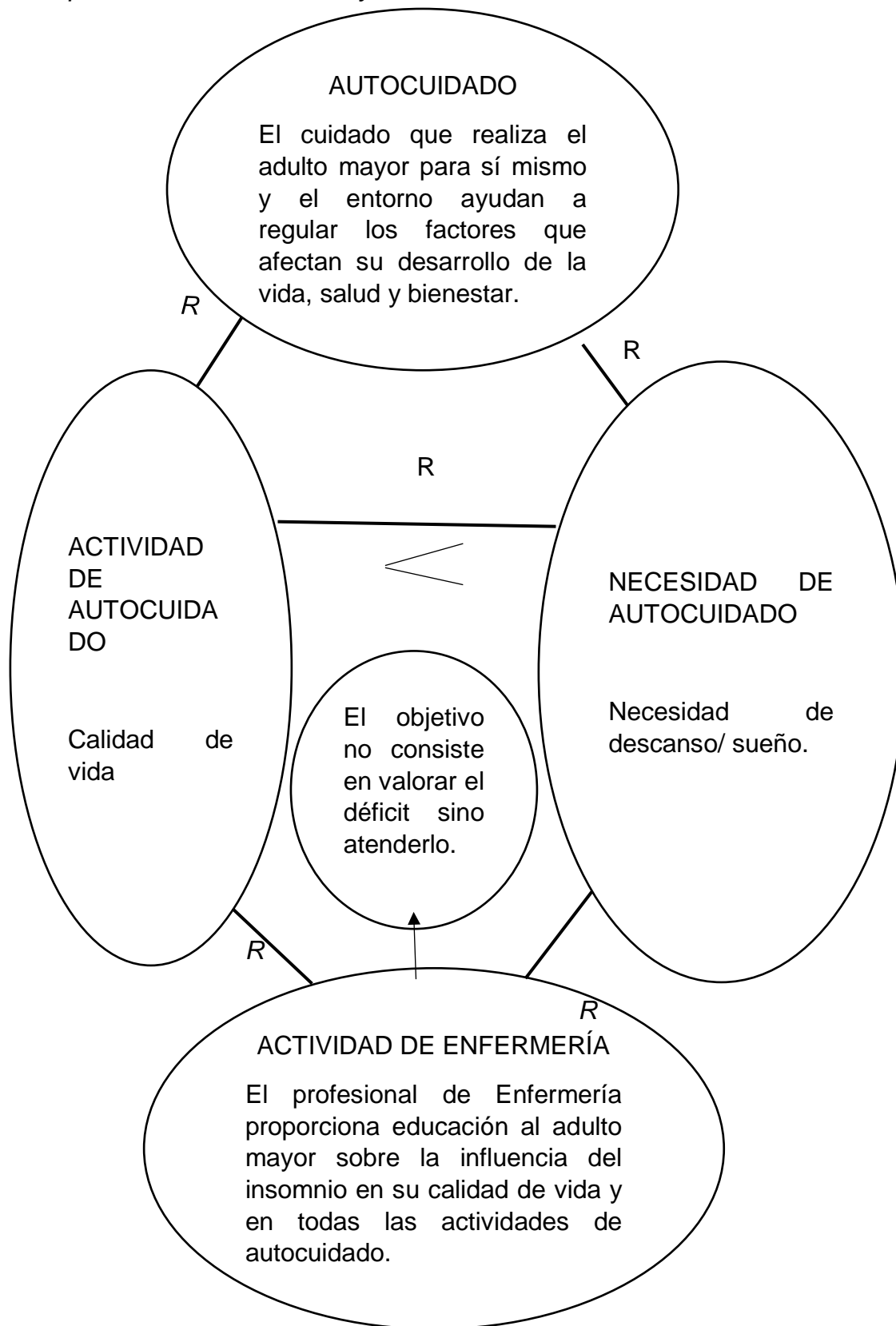


Figura 2

Esquema de teoría de Orem y las variables de estudio



VII. Material y métodos

7.1. Tipo de estudio

Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, transversal ya que se recolectarán datos en un único momento y un alcance correlacional.

7.2. Definición del universo de estudio

El universo de este estudio fueron adultos mayores que su lugar de residencia es Huetamo, Michoacán.

7.3. Muestra

La muestra fue no probabilística seleccionada por conveniencia, la cual estuvo conformada por 90 adultos mayores de Huetamo Michoacán.

7.4. Límite de tiempo y lugar

Esta investigación se realizó durante el periodo de agosto a noviembre 2020. El lugar seleccionado será Huetamo, Michoacán de Ocampo.

7.5. Criterios de selección

7.5.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los adultos mayores, con lugar de residencia en Huetamo, Michoacán, de sexo indistinto de 60 a 99 años de edad, sin alteración de sus facultades mentales, mismos que acepten ser partícipes en el estudio y que hayan firmado la hoja consentimiento informado y que refieran sufrir insomnio.

7.5.2. Criterios de exclusión

De igual manera se excluyeron del estudio Adultos mayores que no acepten participar, que presenten menor de 65 años y mayores de 99 años de edad.

7.6. Definición y operacionalización de variables

La variable independiente *insomnio* se define como “dificultad para iniciar, mantener el sueño, despertar precoz cuyos síntomas estén presentes durante al menos

tres veces a la semana en un mínimo de 3 meses” (Academy American Psychiatry [AAP] 2013).

La variable dependiente *calidad de vida* es definida como “una percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y principios” (OMS, 1994).

Las definiciones operacionales de variables se muestran en el Apéndice 1.

7.7. Selección de métodos y procedimiento de recolección de la información

7.7.1. Descripción del instrumento

Para medir la variable Insomnio, se utilizará el instrumento índice de calidad de sueño elaborado por Pittsburgh, el cual se validó en México en el 2015. El instrumento consta de 19 preguntas auto aplicadas donde solo las preguntas auto-aplicadas están incluidas en el puntaje, el cual contiene 7 dimensiones: Calidad subjetiva del sueño (1 reactivo) Latencia del sueño (2 reactivos), duración del sueño (1 reactivo), eficacia del sueño habitual (3 reactivos), perturbaciones del sueño (9 reactivos) Uso de medicación hipnótica (1 reactivo) y disfunción diurna (2 reactivos) donde cada uno de los cuales tiene un rango entre 0 y 3 puntos; y 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero primario (si este está disponible). La cual utiliza una escala de respuesta tipo Likert con cuatro valores de 0 a 3 (0= *ninguna vez*, 1= *menos de una vez*, 2= *una o dos veces*, 3= *tres o más veces a la semana*) y considera que a menor puntuación mejor calidad del sueño y a mayor puntuación menor calidad del sueño. Fue diseñado para población general; se ha validado varias veces en población mexicana, abarca información de las últimas 4 semanas. Posee un intervalo de confianza del 95% y beta 0.20, se validó en México en el 2015, con una población de 70 participantes (Navarro et al., 2015).

Para medir la variable calidad de vida se utilizará el instrumento escala WHOQOL- BREF. El cual se validó en Jalisco, México en 2013. El instrumento consta de 26 ítems y cuenta con 4 dimensiones: salud física (7 reactivos) salud psicológica (6 reactivos), relaciones sociales (3 reactivos) y ambiente (8 reactivos) y se incluyen (2

reactivos) para conocer su salud general y con 4 reactivos de variables sociodemográficas, cada ítem posee 5 opciones de respuesta tipo Likert con valor que van de 1 a 5 (1= *nada*, 2= *un poco*, 3= *lo normal*, 4= *bastante*, 5= *extremadamente*), a parte, se ofrece una preguntas abierta sobre apoyo a responder el cuestionario y una pregunta abierta sobre tiempo en responder. Dicho instrumento contempla de colecta de información durante 2 semanas, debe ser auto-aplicado (sin embargo, cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud, puede ser entrevistada) a mayor puntaje, mayor calidad de vida. Se validó en Jalisco, México en el 2013 con una población de 333 AM, obteniendo una alpha de cronbach global de .81 (Flores et al., 2013).

El instrumento proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida en general con base a sus cuatro dimensiones antes mencionadas.

Para calcular el puntaje, se siguió el siguiente algoritmo:

1. Revertir las tres preguntas evaluadas negativamente: p3, p4 y p26 (Si contesta 1, entonces es 5).
2. Calcular puntajes por dominio: (SUM = Sumatoria). Los dominios corresponden a: A) salud física (p3, p4, p10, p15, p16, p17, p18) * 4, B) Salud psicológica SUM (p5, p6, p7, p11, p19, p26) * 4, C) Relaciones sociales SUM (p20, p21, p22) * 4, y D) Ambiente SUM (p8, p9, p12, p13, p14, p23, p24, p25) * 4.

Se utilizará un instrumento para la colecta de datos sociodemográficos que está conformado por un apartado, que aborda datos sociodemográficos que incluyen: Sexo, edad, escolaridad, religión, estado civil, ocupación, tiempo de sufrir de insomnio, padecimiento de alguna enfermedad crónica, y persona con quien vive.

7.7.2. Procedimiento de recolección de datos

Se elaboró el protocolo de investigación con base en los pasos de Hernández et al. (2014) Al concluir dicho protocolo se sometió a evaluación por la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, una vez que fue autorizado se procedió a invitar a los Adultos

mayores de Huetamo con insomnio a participar en el proyecto de investigación con su respectiva hoja de consentimiento informado.

Una vez que se contactó al adulto mayor con insomnio que acepto participar en el proyecto, se iniciaba explicándole al participante el motivo de la aplicación de la encuesta, posterior a la aplicación de los instrumentos, se les agradeció su participación.

7.7.3. Análisis estadístico

Una vez colectados los datos, se realizó una matriz utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 25 para procesarlos. Se empleó estadística descriptiva, pruebas no paramétricas (Rho de Spearman) para lo siguiente:

Para el objetivo específico uno caracterizar a la población participante con base en las variables sociodemográficas, se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central para datos agrupados y dispersión para las variables discretas y frecuencias y proporciones para las variables categóricas, donde se obtuvieron tablas de frecuencias y porcentajes al igual que imágenes.

Para responder al objetivo específico dos, que indica identificar el insomnio en adultos mayores, primero se calcularon las puntuaciones de la escala y las categorías con base en lo establecido por los autores, después se aplican los puntos corte. En seguida se calculan frecuencias y proporciones de la calidad de sueño general y por componentes, posteriormente, se realiza mediante pruebas no paramétricas (Rho de Spearman) se muestran las correlaciones entre la calidad de sueño general con sus componentes, donde se muestran tablas e imágenes.

Para el objetivo específico tres, identificar la calidad de vida en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán, de igual manera se calcularon las puntuaciones de la escala y las categorías con base en lo establecido por los autores, después se establece puntos de corte. En seguida se hicieron las frecuencias y proporciones, posteriormente, se realizó la puntuación por escalas de la calidad de vida general y en sus dimensiones. Por último, se establecieron las relaciones mediante las pruebas no

paramétricas (Rho de Spearman) entre la calidad de vida general y sus dimensiones, donde se muestran tablas e imágenes.

Para el objetivo específico cuatro que indica conocer la relación del insomnio y la calidad de vida con las variables sociodemográficas, se realizó mediante tablas bivariada para determinar la relación tanto del insomnio como con la calidad de vida con las variables sociodemográficas mediante la prueba no paramétrica (Rho de Spearman) y se obtuvieron tablas con valores de p.

Por último, para dar respuesta al objetivo que ocupa el quinto lugar que indica establecer la relación entre la calidad de vida y el insomnio en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán, se realizó la tabla bivariada para determinar la relación que existe entre el insomnio y calidad de vida mediante la prueba no paramétrica (Rho de Spearman), donde se obtienen tablas con las variables y los valores de p.

7.7.4. Plan de difusión

Los resultados de esta investigación se presentaron en el congreso de jornal con ISSN 1946-5351, Vol. 13 No. 4,2021 online e indización en la base de datos fuente académica plus ECSCOHost de Ipswich, Massachusetts mismo que tiene asignado el ISBN 978-1-93-9982-65-0. El cual se muestra en el anexo1.

Al igual que en el Coloquio Nacional de Investigación de Enfermería a través de la universidad Autónoma de Aguascalientes y el Centro de Ciencias de la Salud, los días 17 y 18 de mayo del 2021. El cual se muestra en el anexo 2.

Por último, se agrega el certificado de aprobación del protocolo de investigación por el Comité de Bioética de Investigación, mismo que se encuentra en el anexo 3.

VIII. Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se apegará a lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud como lo describe el Diario Oficial de la Federación [DOF] (2014). En este proyecto derechos y bienestar (artículo 13) y se ajustará a los principios científicos y éticos (artículo 14, fracción I).

Por otro lado, este proyecto contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal (artículo 14, fracción V). Igualmente, en este trabajo será realizado por profesionales de salud (art. 14 fracción VI). Adicionalmente, el protocolo contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y Ética en Investigación y de Bioseguridad (art. 14 fracción VII).

Se protegerá la privacidad del individuo sujeto investigación como lo marca el art. 16. La presente investigación se considera con riesgo mínimo, puesto que se trata de un estudio prospectivo que emplea procedimientos comunes en exámenes físicos y psicológicos (art. 17, fracción II). Al mismo tiempo se entiende por consentimiento informado al acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza legalmente participar en la investigación (art. 20).

El documento mencionado anteriormente deberá incluir información clara y completa, que deberá incluir como mínimo: justificación y objetivos de la investigación, así como el procedimiento que se usará y su propósito, además de mencionar si ocasionara molestias, beneficios, procedimientos alternativos, garantizar la respuesta a cualquier duda sobre la investigación, además de la libertad de retirar su consentimiento informado en cualquier momento, así como la seguridad de que se mantendrá en confidencialidad (art. 21, fracción I,II,III, IV,V,VI,VII,VIII).

El consentimiento informado deberá ser formulado por escrito con base a lo establecido en el art. 22. Donde en indica que será elaborado por el investigador (fracción I) y se especifica que debe ser aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de salud.

Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial

Con base en la declaración de Helsinki adoptada por la 18 asamblea medica mundial, en Finlandia en 1964, donde se someten los principios básicos siguientes:

La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento (Comisión Nacional de Bioética [CNB], 2013).

El método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación, hacer referencia a las consideraciones éticas que fueran del caso e indicar como se han considerado los principios en esta declaración, incluir información de esta investigación sobre financiamiento, afiliaciones institucionales y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación (Artículo 22) (CNB, 2013).

Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad (CNB,2013).

Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad (CNB, 2013).

En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación. El consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial (CNB, 2013).

IX. Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, iniciando con la descripción de las variables sociodemográficas que permitieron caracterizar a la población de estudio y se continuara de acuerdo a los objetivos planteados.

Con base en el objetivo específico número uno, de acuerdo a la información proporcionada por los 90 participantes se encontró que el 55.6%(50) de la muestra son mujeres, mismos que tienen una edad entre 60 a 90 años, aplicando la regla de Sturgers para datos agrupados se mostró una edad media de 73.2 años de edad con una moda de 70.3 años de edad. Cuando se indagó sobre padecer alguna enfermedad el 81.1% (72) respondió afirmativamente, dentro de los cuales, el 27.8% (25) padece DM y HTA, el 22.2 %(20) HTA, el 21.1% (19) DM, y el 10% (9) otro tipo (artritis reumatoide). A continuación, en la Tabla 1 se describen los datos sociodemográficos de los participantes de la investigación.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los participantes

Dato sociodemográfico	f	%
Sexo		
Hombres	40	44.4
Mujeres	50	55.6
Edad		
60-63	8	8.9
64-67	9	10.0
68-71	21	23.3
72-75	18	20.0
76-79	19	21.1
80-83	12	13.3
84- 87	1	1.1
88 – 92	2	2.2
Ocupación		
Hogar	43	47.8

Agricultores	25	27.8
Trabajo Independiente	16	2.2
Sector Obrero	2	2.2
Empleados	1	1.1
Otros oficios	3	3.3
<hr/>		
Personas con quien comparten vivienda		
<hr/>		
Pareja	46	51.1
Solos	23	25.6
Con hijos	16	17.8
Con nietos	4	4.4
Con papás	1	1.1
<hr/>		
Escolaridad		
<hr/>		
Analfabetas	64	71.1
Primaria	21	23.3
Secundaria	2	2.2
Bachillerato	2	2.2
Universidad	1	1.1
<hr/>		
Estado civil		
<hr/>		
Casados	46	51.1
Viudos	22	24.4
Solteros sin pareja	8	8.9
Unión libre	5	5.6
Divorciados	4	4.4
Separados	3	3.3
Solteros con pareja	2	2.2
<hr/>		
Religión		
<hr/>		
Católica	83	92.2
Evangélica	4	4.4

Cristiana	2	2.2
Otra	1	1.1

Nota. Cédula de datos generales de los participantes, f= frecuencia, %=porcentaje.

Por un lado, al indagar sobre si los participantes habían sufrido insomnio, todos respondieron de forma afirmativa, mismos que el 50% (45) señalaron que lo padecían desde hace más de tres años, el 24.4% (22) desde hace 19 a 36 meses, mientras que el 15.6% lo padecía desde 7 a 18 meses, el 8.9% entre 3 a 6 meses y solo el 1.1 % (1) en un periodo de 0 a 3 meses.

Siguiendo esta línea, al preguntar acerca del número de horas dormidas se encontró que el 80% (72) de los participantes duermen por la noche alrededor de 3 a 6 horas, el 17.8% menor de 3 horas y únicamente el 2.2% reportó dormir entre 6 a 9 horas diarias. Adicional a esta información, en promedio duermen 4.3 horas por la noche con una desviación estándar ± 1.3 horas. En consecuencia, debido a las pocas horas de sueño se esperaba que los participantes tomaran medicamentos para dormir, sin embargo, a la hora de preguntar sobre si tomaban algún medicamento para conciliar el sueño el 97.8% (88) refirió no tomar ningún medicamento para dormir pese a las pocas horas dormidas.

Por otro lado, al cuestionar sobre cómo calificarían los AM su calidad de vida, el 60% (54) respondió “regular”, el 22.2% (20) “muy mala”, el 16.7% (15) “normal” y sólo el 1.1% (1) refirió que era “bastante buena”. Respecto a la pregunta sobre qué tan satisfecho estaba con su salud se mostraron diferencias, ya que, el 54.4% (49) refirió “poco satisfecho”, el 33.3% (30) “normal”, el 11.1% (10) “muy insatisfecho” y el 1.1% (1) restante “muy satisfecho”.

De acuerdo al objetivo específico número dos, al aplicar el instrumento que mide la calidad del sueño se encontró que el 100% de los participantes sufren de una alteración en el sueño. De los cuales el 77.8% (70) posee una calidad del sueño con deterioro moderado, el 17.8% presenta un deterioro severo y únicamente el 4.4% refleja un deterioro leve en la calidad de sueño.

A partir de los datos anteriores, se podría inferir que el mayor porcentaje de los participantes; es decir, el 77.8%(70) requieren atención y tratamiento médico en pro de

mejorar la calidad de sueño mientras que el 4.4% (4) sólo requiere atención médica. Por otro lado, el 17.8%(16) recaería en un problema grave del sueño que implica un análisis de mayor profundidad para disminuir los efectos de la afectación. Sin embargo, al analizar los componentes de dicho instrumento se pueden encontrar diferencias, puesto que, la mayoría de los datos recaen en una afectación de la calidad de sueño severa (Tabla 2) por lo que, se podría deducir que la mayoría de los participantes presentan un deterioro severo en la calidad del sueño.

Tabla 2

Componentes de la calidad de sueño

Componentes	Sin deterioro	Deterioro leve	Deterioro moderado	Deterioro severo
Calidad de sueño subjetiva	2.2%	2.2%	42.2%	53.3%
Latencia del sueño	14.4%	6.7%	24.4%	54.4%
Duración del dormir	-	28.9%	71.1%	-
Eficiencia del sueño	1.1%	6.7%	-	92.2%
Alteraciones del sueño		21.1%	76.7%	2.2%
Uso de medicamentos para dormir	97.8%	-	-	2.2%
Disfunción diurna	-	4.4%	34.4%	61.1%

Nota. Resultados de componentes internos del Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh.

Con respecto al tercer objetivo específico, al medir la variable calidad de vida se encontraron los resultados siguientes: el 71.1% (64) mantiene una percepción de calidad de vida regular; el 13.3%(12) mala, el 11.1% (10) buena y manteniendo el mismo porcentaje de 2.2% (2) en los extremos de la variable (muy mala y muy buena). Ahora bien, al analizar profundamente las dimensiones de la calidad de vida se encontraron similitudes con los resultados de la calidad de vida global, manteniendo una calidad de vida regular en la totalidad de sus dimensiones (Tabla 3).

Tabla 3

Dimensiones de la calidad de vida

	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Muy mala	3.3%	1.1%	-	4.4%
Mala	14.4%	11.1%	18.9%	7.8%
Regular	70%	71.1%	55.6%	72.2%
Buena	10%	15.6%	25.6%	13.3%
Muy buena	2.2%	1.1%	-	2.2%

Nota. Resultados de los componentes internos del instrumento WHOQOL-BREF.

Respecto al objetivo específico que ocupa el cuarto lugar, se realizó una serie de pruebas no paramétricas mediante la prueba rho de Spearman para conocer la relación de las variables de estudio con los datos sociodemográficos. Los resultados de la correlación muestran las relaciones estadísticamente significativas siguientes: (Tabla 4).

Tabla 4

Correlación entre la calidad de vida, calidad de sueño con las variables sociodemográficas

Calidad de vida	Variables	rho	p
	Edad	-.619	0.000
	Tiempo sufriendo insomnio	-.318	0.002
	Escolaridad	.267	0.011
	Estado civil	-.244	0.021
	Personas que comparte la vivienda	-.270	0.010
Calidad de sueño	Variables	rho	p
	Edad	.210	0.047

Tiempo sufriendo insomnio	.324	0.002
Número de horas dormidas	-.220	0.037

Nota. Resultados sobre la correlación del instrumento WHOQOL-BREF, el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh y las variables sociodemográficas.

Finalmente, para responder al objetivo específico número cinco del estudio que indica establecer la relación entre la calidad de vida y el insomnio en las personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán, se realizó de igual manera un análisis inferencial utilizando la prueba rho de Spearman, la cual permitió demostrar que la calidad de vida y la calidad del sueño en los AM está relacionada de manera estadísticamente significativa, con dirección inversamente proporcional [$\rho(90) = -0.302, p < 0.004$] misma que presenta una fuerza de relación baja. Es decir, la calidad de vida de las personas de la indagación aumenta cuando disminuye su deficiencia en la calidad del sueño y dicha relación no se establece al azar.

De esta forma, se rechaza la *hipótesis nula*, y se acepta la *hipótesis alterna* de la presente investigación (a mayor insomnio menor calidad de vida en las personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán). Aunado a lo anterior, se optó por realizar un análisis exhaustivo que permitiera observar con qué componentes y qué dimensiones se producía dicha relación, cuya prueba estadística utilizada para medir la correlación fue la prueba no paramétrica rho de Spearman. Las Tabla 5 y Tabla 6 muestran las correlaciones siguientes:

Tabla 5

Correlación entre la calidad del sueño con las dimensiones de la calidad de vida

PSQI con los componentes de CV	rho	p
Salud física	-0.186	0.079
Salud psicológica	-0.204	0.054
Relaciones sociales	-0.187	0.077
Ambiente	-0.244	0.020

Nota. Resultados obtenidos sobre la correlación entre las dimensiones del instrumento WHOQOL-BREF y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, PSQI= Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh, CV= calidad de vida.

Como se muestra en la Tabla 5, existe una correlación estadísticamente significativa con dirección inversamente proporcional con una fuerza de relación baja entre la dimensión ambiente de la calidad de vida con el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh [$\rho(90) = -0.244, p < 0.020$].

Tabla 6

Correlación entre calidad de vida con los componentes de la calidad del sueño

CV con los componentes del PSQI	rho	p
Calidad del sueño subjetiva	-.222	.036
Latencia del sueño	-.217	.040
Duración del dormir	-.253	.016
Eficiencia del sueño	.340	.001
Alteraciones del sueño	-.233	.027
Uso de medicamentos para dormir	.058	.586
Disfunción diurna	-.321	.002

Nota. Resultados obtenidos sobre la correlación entre componentes del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y el instrumento WHOQOL-BREF, CV= calidad de vida, PSQI= Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh.

De igual manera, como se puede ver en la Tabla 6, al realizar las correlaciones de Rho de Spearman se encontraron las siguientes relaciones significativas: existe relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la mayoría de los componentes que miden la calidad del sueño. Una de ellas es directamente proporcional como es el caso de la eficiencia del sueño, mientras que el componente disfunción diurna, alteraciones del sueño, latencia del sueño, duración del dormir y la calidad subjetiva del sueño son inversamente proporcional, las cuales sostienen en su totalidad una fuerza de relación baja.

Los resultados de esta investigación permiten reconocer la importancia del insomnio y su relación con la calidad de vida en los AM de Huetamo Michoacán, lo cual resulta de utilidad al brindar cuidados integrales en este grupo etario.

X. Discusión

A continuación, se realiza un análisis de los resultados obtenidos en este estudio con los resultados de otros investigadores para contrastarlos y observar las diferencias y similitudes.

En nuestro estudio, la totalidad de los AM viven sus domicilios y la mitad vive con su pareja y están casados, contrario a lo reportado por Martínez et al. (2019) que señalan que la totalidad de su muestra pertenece a personas institucionalizadas en Colombia pero similar a lo descrito por Rodríguez y Muñoz (2016) donde el insomnio se presenta en 50% en AM que viven en sus domicilios y aumenta hasta en un 10% en los hospitalizados cuya muestra reside en zona urbana, presentando la mitad de la población insomnio mayor de años, similar a lo que menciona (Guerrero et al., 2018) cuya muestra también reside en la misma zona geográfica.

En cuanto la variable edad, la población de estudio mantiene una edad media de 71.3 años de edad, esta se asocia con todas las variables de estudio, ya que afecta a la calidad de vida general, y a sus dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, y con la calidad de sueño y sus componentes calidad de sueño subjetiva, latencia del sueño y disfunción diurna, similar a lo que mencionan varios autores (Álamo et al., 2016; Guerrero et al., 2018; Tello et al., 2016; Viniegra et al., 2015) sobre la gran influencia que mantiene el proceso de envejecimiento con la disminución de la inherente necesidad de sueño.

El problema no radica en el hecho que la edad esté relacionada con el insomnio, sino que este trastorno está asociado con múltiples enfermedades (D'hyver de las Deses, 2018) y con el deterioro cognitivo, donde este último que puede actuar como predictor de alteraciones en habilidades psicométricas, de memoria, entre otros (Álamo et al., 2016). Por lo que el insomnio se considera un problema de salud pública relevante debido a sus afectaciones para la salud para los AM (Estrella y Torres, 2015; Tello et al., 2016) afectando la salud psicológica, ya que los principales motivos de consulta son alteraciones en el estado de ánimo que llevan explícito el uso de psicofármacos que son costosos y producen efectos secundarios (Carmona y Moles, 2018).

Con referente a la variable tiempo sufriendo insomnio, se asocia de igual manera con las variables de estudio de la calidad de vida, repercutiendo en sus dimensiones salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, como de la calidad de sueño es decir entre mayor tiempo sufriendo insomnio el AM, mayor será la percepción peor del dormir, mayor tiempo llevará poder conciliar el sueño y mayor problemas de somnolencia y alteraciones del estado de ánimo tendrá, al igual menor contacto con las redes sociales y con el ambiente, congruente a lo encontrado por Varela (2016) y donde el entorno en el que se desarrollan los AM se asocia con la calidad de vida.

Respecto a la variable sexo de los participantes, sostuvo una frecuencia 50 y 50 de ambos sexos, a diferencia de otros estudios donde el insomnio ocurre con mayor frecuencia en mujeres (Álamo et al., 2016; Márquez y Chiquete, 2013; Téllez et al., 2015; Torrens et al., 2019; Viniegra et al., 2015) y en hombres (Carmona y Moles, 2018; Martín, 2016). Al igual, las enfermedades que se encontraron en alto porcentaje corresponden a la HAS y DM 2, similar a lo que se encontró en diversos autores (INAPAM, 2015; Likhan y Aouad, 2017; Martín, 2016; Petrov et al., 2014; Qaseem et al., 2016; Salcedo et al., 2018; Valdés, 2016).

En cuanto a la variable escolaridad, la gran mayoría de los participantes no contaban con ningún estudio, misma variable muestra una relación significativa directamente con la calidad de vida general como con sus dimensiones relaciones sociales y ambiente, lo que significa que entre mayor analfabetismo menor será el contacto con redes sociales amplias y menor satisfacción con el medio ambiente que los rodea, afectando en conjunto a la calidad de vida de los AM, similar lo encontrado por (Guerrero et al., 2018) donde a menor escolaridad, la calidad de vida será menor y lo mencionado por el INEGI (2015) cada vez más hay AM sin estudios, solo una pequeña parte tiene estudios superiores, dificultando una seguridad social.

Con respecto a la calidad de vida en la indagación, la mayoría de la población (71.1%) reflejó una calidad de vida regular, similar a lo que se encontró en un estudio (Martínez et al., 2019) pero diferente a un estudio realizado en Japón donde se asociaba a una mala calidad de vida (Chen et al., 2017) y en lo que describe Vargas y Melguizo (2017) donde el 87.4% de los participantes poseen una calidad de vida

excelente. No obstante, la presente investigación tiene concordancia similar a lo descrito por los autores puesto que la calidad de vida es afectada a menores horas de sueño.

Al abordar la calidad de vida el investigador en esta sección, clasifica a la calidad de vida de acuerdo al tipo de afectación, en dos niveles: externo e interno; léase nivel externo como todas aquellas variables que repercuten en la calidad de vida, y nivel interno a todas aquellas dimensiones de la calidad de vida en conjunto.

Por un lado, la calidad de vida a nivel externo, demuestra su relación con los componentes de la calidad del sueño debido que su nivel empeora significativamente con pocas horas de sueño, con mayor dificultad para dormir, con peor percepción de calidad de sueño, con mayor disfunción diurna y a mayores alteraciones del sueño, al igual, que presentar menor eficiencia de sueño, similar a lo que menciona (Guerrero et al., 2018) a menor horas de sueño, mayor fatiga diurna tendrá la persona con insomnio. También, la calidad de vida está afectada negativamente entre mayor cantidad de personas que compartan vivienda con el AM, situación diferente a lo mencionado por otro estudio (Torrens et al., 2019) donde gran parte de la población que sufre insomnio son viudos y divorciados.

Por otra parte, a nivel interno, la calidad de vida mostró estar relacionada significativamente con la totalidad de sus dimensiones, por lo que, si una de estas dimensiones se ve afectada en cualquier dirección, en la calidad de vida también se verá reflejada, caso que se presentó en nuestro estudio donde en presencia de insomnio la calidad de vida es menor.

Como se mencionó, el sueño es fundamental en todas las personas no solo de los adultos mayores sino en las personas que lo rodean, sin embargo, como se menciona anteriormente la calidad de vida se ve disminuida a medida que pasa la edad y a mayor insomnio, y que este último se asocia a causas multifactoriales, similar a lo que se mencionan diversos autores (Álamo et al., 2016; Pérez, 2016; Rodríguez y Muñoz, 2016; Tello et al., 2016).

También, la mitad de la población del estudio refiere estar poco satisfecho con su salud, esto concuerda con los datos que describen que el insomnio en el adulto mayor está relacionado con pobre salud, un incremento del riesgo de problemas cardiovasculares, depresión y riesgo de caídas, déficit neurológico, influyendo en la vida cotidiana (Martin, 2016; Cepero et al., 2020). Además, este trastorno del sueño afecta en todas las esferas físicas, mentales, sociales y económicas de toda persona que lo presente (D´hyver de las Deses, 2018; Rodríguez y Muñoz, 2016) con pronóstico de altos costes hospitalarios, mayor consumo de medicamentos y estancias prolongadas (Álamo et al., 2016; Rodríguez y Muñoz, 2016).

Tomando el tema del insomnio en la investigación, los datos arrojan que la mayoría (77.8%) de la población sufre un deterioro moderado en la calidad del sueño general pero resulta que en sus componentes reflejan tendencia mayoritaria en un deterioro severo con una duración de insomnio mayor a 3 años, cifras diferentes a lo descrito por Torrens et al. (2019) debido a que la gran mayoría de los participantes presentaban insomnio mayor a un año y diferente a lo mencionado por Ibáñez et al. (2015) los cuales reportan que en su muestra solo el 13% presentan insomnio crónico.

Ahora, al abordar también a la calidad de sueño el investigador la clasifica en esta sección, de acuerdo al tipo de afectación en dos niveles: nivel externo y nivel interno, léase nivel externo como todas aquellas variables que repercuten en la calidad de sueño, y nivel interno a todos aquellos componentes de la calidad de sueño en conjunto.

Por una parte, a nivel externo la calidad de sueño se ve afectada por una relación estadísticamente significativa con la dimensión ambiente, es decir, entre menor satisfacción presente el AM con insomnio, menor será la calidad del sueño, muestra similitud con lo mencionado por Peñaloza et al. (2016) que describen que a mayor contaminación auditiva y menor satisfacción con el ambiente se asocia con problemas de insomnio. Al igual que, la calidad de sueño disminuye a menor número de horas dormidas, similar a lo encontrado por Tello et al. (2016) donde el proceso de envejecimiento está asociado a la disminución en cuanto en cantidad y calidad del sueño.

A nivel interno, la calidad de sueño resulta ser afectada ya que muestra una relación estadísticamente significativa directamente proporcional con una fuerza de asociación baja a alta con sus componentes: menores horas de sueño, peor percepción de calidad de sueño, disminución de la latencia del sueño, mayor alteración del sueño, mayor disfunción diurna y a menor consumo de medicamentos para dormir, es decir, mayor insomnio sufrirán los AM que presenten estas características.

Esto muestra similitud a lo encontrado por (Guerrero et al., 2018) donde a mayor insomnio, mayores síntomas diurnos (falta de descanso y fatiga), se demuestra su principal importancia de esta necesidad en la vida humana como lo describe Rodríguez y Muñoz (2016) el bienestar psicológico y físico en las personas es debido a un buen descanso, al igual que favorece cambios endocrinos, metabólicos, cambios bioquímicos, mentales y de temperatura (Tello et al., 2016) lo que proyecta nuestra indagación, desborde de un sinfín de comorbilidades en todas las esferas en los AM.

Ahora bien, entre a los componentes de la calidad de sueño, se encontró que la calidad de sueño subjetiva está relacionada estadísticamente significativa con una fuerza de relación moderada con dormir menos, mayores alteraciones del sueño, mayor disfunción diurna y con mayor cantidad de personas que compartan vivienda con el AM con insomnio, diferente a lo descrito por Torrens et al. (2019) donde el insomnio es más frecuente en personas viudas y divorciados, mientras que el componente disfunción diurna está relacionada estadísticamente significativa manteniendo una fuerza de relación baja con menor número de horas dormidas, es decir, entre menos duerma el adulto mayor, mayor somnolencia y problemas del estado del ánimo tendrán, similar a lo encontrado por Guerrero et al. (2018) y Torrens et al. (2019).

En cuanto al componente uso de medicamentos para dormir, no se relaciona con las variables de estudio, pero no porque no exista dicha relación, sino porque la gran mayoría de los participantes no toma ningún medicamento para dormir, pese presentar muy pocas horas de sueño y poseer un insomnio mayor de 3 años, diferente a lo encontrado por (Guerrero et al., 2018; Torrens et al., 2019; Viniegra et al., 2015) donde su población si utilizaba medicamentos hipnóticos con la presencia de insomnio y requieren mayor utilización de servicios sanitarios, los cuales son de altos costos y

producen efecto secundarios (Carmona y Moles, 2018). No obstante, en la investigación si tiene relación con menores horas de sueño, es decir entre menos duerma el AM mayor será el consumo de medicamentos hipnóticos.

Dorothea E. Orem (1993) en su teoría Déficit de Autocuidado describe que los aspectos fundamentales de cada individuo determinan las acciones que se deben cumplir para mantener el autocuidado (como se citó en Fernández, 2013) los cuales tienen singular importancia con el proceso de envejecimiento en el cuidado y autocuidado, y que a partir del grado de dependencia que representan al realizar las actividades de vida diaria, pueden tener efecto en la salud y en la calidad de vida de los individuos.

Orem describe en el desarrollo de su Teoría que la edad, estado de salud y entorno en el que se desarrollan los individuos son factores de impacto en la manera de realizar el cuidado y el autocuidado, este último lo define como una conducta aprendida que va desarrollándose progresivamente a lo largo del ciclo vital siguiendo un patrón normal, (Orem, 1993 como se citó en Fernández, 2013), pero con la presencia de enfermedad este patrón se modifica.

Los resultados obtenidos en la indagación muestran similitud a lo descrito por la autora, ya que la media de edad de los participantes es de 71.2 años, mismos que se encuentran envejeciendo, donde la adecuación de recursos se ve limitado debido a que la mayoría (71.1%) posee nula escolaridad, dificultándose una seguridad social y un acceso a sistemas de pensiones, al mismo tiempo sus patrones de vida siguen activos y productivos en trabajos informales y no remunerados donde se atienen a seguir sobreviviendo con un salario mínimo.

Referente al sistema de salud en la población toma un sentido declinante en cuanto a la satisfacción de su salud, ya que el 54.4% refirió estar poco satisfecho y el 11.1% muy insatisfecho en su estado de salud, donde la mayoría presenta alguna enfermedad, los cuales presentan en conjunto enfermedades hemodinámicas y metabólicas, por lo que, en este panorama actual se muestra una influencia grandemente en su manera de vivir con limitaciones al realizar los autocuidados y en la manera de atender los requisitos de autocuidado, repercutiendo en su cumplimiento

para llevar un bienestar y desarrollo humano óptimo reflejándose en el déficit de calidad de vida, aunado a ellos, el 50% de la población mantiene un insomnio crónico mayor de tres años, donde casi la totalidad de los AM no consume ningún medicamento para conciliar el sueño a pesar de dormir un promedio de 4.3 horas al día .

Cifras alarmantes como lo menciona Pardo y González (2017) si se requiere mantener una vida adecuada humana el sueño debe cubrir al menos un tercio de nuestras vidas, todo esto implica en cómo se pueda realizar el autocuidado en los AM, colocándose en un escenario de pobre salud, pobre cobertura social y a menor información sobre cualquier problemática relacionada a la salud, mismas que se ven reflejados en la necesidad, actividad del autocuidado, es decir, en las formas de realizar el autocuidado en los AM.

Lo anterior mencionado, plantea un reto de vivir en el futuro con enfermedades tanto hemodinámicas como metabólicas y con trastornos de sueño, esto toma fuerza, con lo descrito por el Instituto Nacional de las Mujeres (2016) el tener una expectativa de vida más longeva no representa necesariamente una ventaja para ellos, puesto que, a medida que va pasando la edad, mayor dependientes de cuidado y menos salud presentan los AM, por lo que puede significar un periodo mayor de enfermedad, y ver el envejecimiento como una colección de enfermedades (D´hyver de las Deses, 2018).

También, la autora describe que el patrón sistema familiar funge un papel importante durante el ciclo de vida, ya que, permite la fluidez de interacción y apoyo que recibe el individuo de su núcleo familiar para conseguir un mayor estado de salud, por lo que el estado civil permite apoyar los requisitos de autocuidado para presentar un buen funcionamiento de vida en las personas. Esto muestra contraste con base en los resultados obtenidos, porque a mayor convivencia presente el AM insomne habrá mayor asociación con la disminución en su calidad de vida, debido a que, la variable persona que comparte vivienda el AM refleja una relación estadísticamente significativa con la disminución de la calidad de vida, los resultados del estudio muestran oposición con lo encontrado por Vargas y Melguizo en el 2017 donde mayor convivencia tenga el AM en su hogar, mayor calidad de vida poseerán.

Por otra parte, los autores Prado et al. (2014) describen que Dorothea Orem en su planteamiento de lograr el propósito de mantener el buen funcionamiento humano, bienestar y salud óptima, se debe tener requisitos que son básicos para todos los seres humanos, donde los requisitos de autocuidado son definidos por la autora como “consejos formulados sobre las acciones que se deben llevar a cabo para mantener el buen funcionamiento de la vida” (Orem 1993 como se citó en Fernández, 2013) dentro de los cuales están los requisitos de autocuidado universal.

La presente indagación muestra similitud con lo planteado por los autores debido a que los AM presentan alteración en el requisito de autocuidado universal número cinco que manifiesta un desequilibrio entre la actividad y el reposo reflejado por las pocas horas de sueño y el insomnio crónico mayor de tres años, limitando al AM mantener su buen funcionamiento de su vida y su desarrollo humano, esta insatisfacción con el sueño es una necesidad de autocuidado alterada que se ve proyectada en la disminución de la calidad de vida de los AM, es decir en su actividad de autocuidado, la cual muestra relación estadísticamente significativa de manera inversamente proporcional.

Con base en la teoría del déficit de autocuidado de Orem, la autora define al autocuidado como “una conducta aprendida por el individuo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo y funcionamiento en beneficio de la vida” (Orem, 1993 como se citó en Fernández, 2013) esto muestra coherencia con lo observado en el estudio, donde nace el pensamiento que probablemente la población desconoce cómo enfrentar esta repercusión de necesidad de autocuidado (insomnio) en su vida diaria, ya que casi la totalidad no toma ningún medicamento para conciliar el sueño y no realiza actividades para disminuir el impacto.

Por lo cual se identifica un déficit de autocuidado de descanso, déficit que debe abordar enfermería en los adultos mayores, como lo menciona Orem al el sistema de Enfermería: apoyo educativo al instruir con conocimientos para atender el autocuidado en las personas, los individuos se convierten en su agente de autocuidado, capaz de brindar acciones necesarias para regular el funcionamiento humano en beneficio de su vida.

Hallazgos encontrados

Cabe resaltar el principal hallazgo de esta indagación es que la mitad de la población reportó dormir una media de 4.3 h, cifras diferentes a Pardo y González (2017), en el cual el 63.1% de la población manifestó dormir más de 6 horas y Guerrero et al. (2018) donde la media de horas de sueño fue de 7.6 ± 3 horas. Dichas cifras son alarmantes, ya que el sueño es vital para una vida adecuada humana (Pardo y González, 2017) si de por sí, el insomnio está relacionado con la calidad de vida como lo muestra nuestro estudio, aunado a ello, una disminución del sueño que ya de por sí es influenciado por el proceso de envejecimiento y para variar, casi la totalidad de los participantes no toman ningún medicamento para conciliar el sueño, y que aun así, los adultos mayores se ven sometidos a laborar en pésimas condiciones, esto repercute profundamente en la calidad de vida de los participantes, con un mal pronóstico en salud general a medida que pase el tiempo, similar a lo que mencionan los autores (Guerrero et al., 2018).

Otro Hallazgo, es el impacto que tiene la salud psicológica con la calidad de vida, al ser la dimensión que se ve más afectada si la calidad de vida general sufre un descenso. Esto podría ser consecuencia de padecer insomnio, como lo menciona Martín (2016) y Carmona y Moles (2018) con la presencia de este trastorno del sueño se pueden presentar síntomas de disfunción diurna: somnolencia excesiva, déficit cognitivo, fatiga, dificultad de concentración, no disfrute de su vida, estar irritable, entre otras, así como afectación en la presión arterial, ritmo cardíaco y la circulación, incrementando así, el riesgo de fragilidad, mayor afectación del estado anímico, repercutiendo en el bienestar subjetivo solamente por el hecho de estar relacionada la salud psicológica con el insomnio, con los factores estresantes y con efectos secundarios como dolor corporal que incrementa con la edad, asociados a este trastorno, como lo mencionan los autores (Tello et al., 2016).

Pudiendo agravar comorbilidades debido a la disfunción diurna y acelerar la aparición de trastornos psicológicos como la ansiedad y problemas en el estado del ánimo (Torrens et al., 2019) aunado al menor número de horas dormidas asociadas al deterioro cognitivo, favoreciendo las demencias (Viniegra et al., 2015) y similar a lo

encontrado por (Álamo et al., 2016; Tello et al., 2016) donde a mayor problemas de sueño existe compromiso con alteración en habilidades psicomotoras, atención, vigilancia, tiempo de reacción y memoria de corto plazo.

Como se ha mencionado, el insomnio puede ser causante o una complicación de múltiples enfermedades, repercutiendo directamente en la calidad de vida y en sus dimensiones, por lo que, las aplicaciones de este estudio permiten vislumbrar las posibilidades de abordaje con enfoque preventivo y terapéutico, de manera que Enfermería atienda las necesidades de las personas adultas mayores insomnes en el primer nivel de atención prioritariamente, con intervenciones de educación en salud como higiene del sueño e intervenciones no invasivas como yoga, aromaterapia, entre otras, también estrategias enfocadas en el control y prevención de comorbilidades, diagnosticando y brindando tratamiento médico y enfermero ante este trastorno, con la finalidad de disminuir o mantener el insomnio en la clasificación en la que el insomnio se encuentre.

En relación a la pregunta de investigación ¿existe relación entre la calidad de vida con insomnio en personas adultas mayores de Huetamo, Michoacán? la indagación logra establecer mediante la prueba Rho de Spearman una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida con el insomnio en los adultos mayores y que dicha relación no se establece al azar, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa de este estudio: a mayor insomnio menor calidad de vida en los adultos mayores de Huetamo, Michoacán, donde el insomnio repercute en la vida diaria de las personas y en todas sus esferas físicas, psicológicas, económicas y sociales.

Sin embargo, durante la ejecución de este estudio, se presentaron una lista de limitantes que dificultaron el análisis y la interpretación de las que se destacan: estar ante la presencia de la pandemia mundial por SARS-COV-2, donde en México presenta ya su tercera ola de contagio (Ortigoza y Lorandi, 2021; De la Rosa, 2021) con alta mortalidad, y que la Organización Panamericana de la salud ([OPS], 2020) y lo descrito por la OMS (2019) se refieran al adulto mayor como una persona muy vulnerable a enfermarse, por lo cual, se debe proteger a toda costa.

Otra limitación y no menos importante, fue realizar un estudio con diseño transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que solo se indagó en un solo grupo y en un solo lugar, por lo que no se puede comparar la calidad de vida en adultos mayores que sufren insomnio y en otros que no lo presenten, esto dificultó una indagación más profunda en ellos, aparte, no se aborda la dependencia económica ni la seguridad social de los participantes por motivo de ajustes en la elección de los participantes que por la pandemia de Covid-19 fue modificada en el lugar de aplicación, por obvias razones. Por lo que, se recomienda seguir indagando a mayor profundidad la relación que existe entre la calidad de vida y el insomnio en AM con muestras más grandes, en diferentes residencias y en ausencia de la pandemia SARS-COV-2.

También, abordar esta problemática mediante programas de atención primaria como probar intervenciones que permitan retrasar, prevenir y/o tratar el insomnio, y, otras enfocadas en pro de mejorar la calidad de vida en los AM que lo presenten, también mediante políticas sociales que protejan a este grupo vulnerable tanto de seguridad social como de programas colectivos que favorezcan a la PAM con algún grado de dependencia enfocado en la atención al AM para mantener o aumentar la calidad de vida de los AM ya que los actuales programas gubernamentales solo favorecen a la población con funcionamiento independiente (Vargas y Melguizo, 2017).

XI. Conclusiones

De acuerdo al estudio, se contextualiza que el objetivo principal fue analizar la relación entre la calidad de vida y el insomnio en adultos mayores de Huetamo, Michoacán.

Se encontró disminución de la calidad de vida junto con disminuciones en relaciones sociales, ambiente y en la salud psicológica, siendo esta última, la más relacionada con los demás componentes, lo que determina que la percepción de la calidad de vida de las personas adultas mayores está dada principalmente por la salud psicológica, ambiente y relaciones sociales.

Nuestro estudio permitió responder el objetivo general de la indagación puesto que, se obtuvo relevante asociación entre mayor insomnio con mayor afectación en la calidad de vida en los AM, aceptando la hipótesis alternativa del estudio. Dicha relación debe ser abordada en la prontitud, ya que sus afectaciones son visibles no solo en el modo de vivir de los mayores, sino en los altos costes que este trastorno conlleva tanto económica, física, mental y social, así como mayor consumo de medicamentos, proyectando una pronta aparición y agravamiento de comorbilidades a todas las personas que presenten insomnio los AM, de no ser así, se posibilita un mayor ingreso hospitalario y con larga estancia hospitalaria por este trastorno.

Se demostró que la teoría de Dorothea Orem fue muy útil por su contenido debido a que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, los principios y conceptos de la misma se utilizaron para analizar la relación entre la calidad de vida con el insomnio en el adulto mayor.

Al igual que los aspectos fundamentales básicos que menciona la teoría de Orem en esta investigación, permitió adquirir una visión particular y aproximada en las variables sociodemográficas en las que se desarrollan los AM. A su vez, se observó la asociación de dichos factores que influyen sobre la capacidad de autocuidado, misma que se ve reflejada en las variables de estudio mediante la necesidad de autocuidado con la actividad de autocuidado propuestas por la autora al arrojar valores de $p < 0.05$. Los datos anteriormente descritos permiten vislumbrar las diferentes posibilidades de abordar esta relevante problemática con los cuidados de Enfermería en este grupo de

personas que están en acelerado aumento y que requieren una atención integral, que incluya la dimensión espiritual.

Resulta adecuado mencionar que los cuidados no tienen una dimensión unidimensional sino multidimensional, puesto que, pueden abordar temas preventivos, terapéuticos y paliativos, porque el cuidado no es solo sustituir al paciente en las necesidades vitales que requieran atención sino abordar al paciente también antes que ocurra el desequilibrio salud-enfermedad. Esto lo reafirma Dorothea Orem con su teoría del autocuidado, la cual en su subteoría de sistemas de Enfermería abordan al paciente de acuerdo a su grado de dependencia permitiendo ejecutar intervenciones de cuidado sin que la enfermedad este presente, en caso de presencia también es abordado, ejecutando intervenciones educativas basadas en los factores condicionantes de salud mediante su teoría de sistemas de Enfermería: apoyo educativo permitiendo un flujo de conocimiento sobre el autocuidado entre la Enfermería y el adulto mayor, capacitando al individuo para que pueda realizar su autocuidado ayudándolo a formar como agente de autocuidado llevada a cabo por el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

XII. Sugerencias

A partir de los resultados encontrados en esta indagación, se sugiere lo siguiente:

1. Con la utilización de la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem se pueda mejorar las necesidades de sueño alteradas mediante intervenciones de Enfermería cómo educación en salud: higiene de sueño, tanto en domicilio, instituciones o en casas hogar donde residen los adultos mayores.
2. Los personales de Enfermería en el área asistencial aborden tanto en instituciones públicas intervenciones para mejorar la condición de vida de los mayores disminuyendo el insomnio en los AM, como en el ámbito privado mediante las consultas de Enfermería en el AM realizando las valoraciones geriátricas integrales abordando también el insomnio y la calidad de vida en pro de mejorar su manera de vivir con este trastorno.
3. Permitir la introducción a la unidad de aprendizaje: cuidado en el adulto mayor en la Facultad de Enfermería a nivel licenciatura este conocimiento, donde se les capacite a estudiantes de la relevancia del porque este trastorno del sueño debe ser abordado en lo más pronto posible dado a sus repercusiones, formándose como agentes transformadores desde una promoción de la salud y con herramientas necesarias útiles que les permita abordar adecuadamente a este grupo de personas con insomnio.

XIII. Referencias

- Álamo, C., Alonso, M., Cañellas, F., Martín, B., Pérez, H., Santo-Tomás, O. y Terán, J. (2016). Insomnio. *Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad*, 1-82. <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Alvarado, R. (1997). Frecuencia del insomnio en México. México. *Arch Neurocién*, 2, 4-121.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. EE.UU. *American psychiatric association*, 492. <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Carmona, I., y Molés, MP (2018). Problemas del sueño en los mayores. España, *Gerokomos*, 29 (2), 72-8. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00072.pdf>
- Carrillo, P., Barajas, KG, Sánchez, I. y Rangel, MF (2018). Trastornos del sueño: ¿Qué son y cuáles son sus consecuencias? *Rev Fac Med UNAM*, 61 (1), 6-20. <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n1/2448-4865-facmed-61-01-6.pdf>
- Cepero, I., González-García, M., González- García, O. y Conde, T. (2020). Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *Medisur*, 18 (1), 112-25. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4334>
- Chen, T., Cheng, G., Lee, S. y Buxton, OM (2017). Insomnia Symptoms: ¿A cause or consequence of falls among older adults? *Innovation in Aging*, 1 (1), 619. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.2174>
- Coindreau, F., Ramos, M., Barba, A., Gutiérrez, A., Barrera, HA, y Valero, J. (2018). Características del adulto mayor institucionalizado en el área metropolitana de monterrey. *Salud pública Méx*, 60 (6), 738. <https://doi.org/10.21149/10011>
- Comisión Nacional de Bioética. (2013). Declaración de Helsinki antecedentes y posición de la comisión nacional de bioética. *Cionbioetica*, 1-7. <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>

- Consejo Estatal de la Población. (2021). Población en Michoacán, 2020. *Gobierno del estado de Michoacán*, 1-16. <https://coespo.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2021/02/Poblacion-en-Michoacan-2020.pdf>
- D`hyver de las Deses, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Rev Fac Med UNAM*, 61 (1), 33-45. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
- De la Rosa Y. (2021). México lleva 4 semanas con tercera ola de Covid- 19: *Secretaria de Salud*. <https://www.forbes.com.mx/mexico-4-semanas-tercera-ola-covid-salud/>
- Diario Oficial de la Federación. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. *Diario Oficial de la Federación*, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Estrella, IM, y Torres, MT (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. España. *Gerokomos*, 26 (4), 123-6. http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n4/02_originales_01.pdf
- Fernández, M. (2013). Bases Históricas y teóricas de la enfermería. *Universidad de Cantabria*, 1-15. <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1149/course/section/1385/Enfermeria-Tema11%2528III%2529.pdf>
- Fernández-López, JA, Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde las perspectivas de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*, 84 (2), 169-84. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
- Flores, ME, Troyo, R., Cruz, M., González, G. y Muñoz de la Torre, A. (2013). Evaluación calidad de vida mediante el WHOQOL-BREF en adultos mayores que viven en edificios multifamiliares en Guadalajara, Jalisco. *Rev argent clin psicol*, 22 (2), 179-92. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281931436010.pdf>
- Fundamentos UNS. (2012). *Dorothea Orem*. Fundamentos UNS. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>

- Guerrero, S., Gaona, EB, Cuevas, L., Torre, L., Reyes, M., Shamah, T. et al. (2018). Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. *Salud pública*. 60 (3), 347-55. <https://doi.org/10.21149/9280>
- Guía de Práctica Clínica (2005). Diagnóstico y tratamiento del insomnio en ancianos. México. *Catalogo maestro de práctica clínica: IMSS-492-11*, 1-18. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/492_GPC_Insomnio_del_Anciano/IMSS-492-11-GRR_InsomnioAnciano.pdf
- Guía de Práctica Clínica. (2011). Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el anciano. México. *Catalogo maestro de practica clínica: IMSS-492-11*, 2-76. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/492_GPC_Insomnio_del_Anciano/IMSS-492-11-GER_InsomnioAnciano.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. *Mc Graw Hill*, 1-600.
- Hernández-Huayta, J., Chávez, S. y Yhuri, N. (2016). Salud y Calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Rev peru med exp salud publica*, 33 (4), 680-88. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2551>
- Hernández-Ruiz, HF (2019). Comentario al artículo: “las dificultades del sueño se asocian con fragilidad en adultos mayores”. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 57 (2), 1-3. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457761131003/457761131003.pdf>
- Ibáñez, C., Dueñas DR y Sánchez, MR (2015). Prevalence of insomnia in elderly and drug prescriptions. *European Journal of investigation in Health, Psychology and Education*, 5 (1), 5-12. EISSN 2254-9625. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v1i1.85>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Principales Resultados de la Encuesta intercensal 2015 de Michoacán de Ocampo. *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*, 1-102. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenido

[s/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/estados2015/702825079819.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/enoe_ie/enoe_ie2021_05.pdf)

Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2021). Resultado de la encuesta nacional de ocupación y empleo nueva edición (ENOE^N)¹ cifras durante el primer trimestre 2021. *Instituto Nacional de Geografía y Estadística*, 1-34. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/enoe_ie/enoe_ie2021_05.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres. (2016). Informe de labores del instituto Nacional de las Mujeres 2015. *Gobierno de la república*, 1-209. http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/rendicion_de_cuentas/informes/informe_labores_inmujeres_2015.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2015). Perfil demográfico epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública. *Dirección de atención Geriátrica*, 125-32. <http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/918/1/images/ADULTOS%20MAYORES%20POR%20ESTADO%20CD1.pdf>

Likhan, MS, y Aouad, R. (2017). The effects of insomnia and sleep loss on cardiovascular disease. *Sleep med Clin*, 12 (2), 167-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.01.005>

Márquez, JM, y Chiquete, E. (2013). Frecuencia de insomnio y sus consecuencias diurnas en pacientes mexicanos: Subanálisis del estudio Equinox. *Rev mex neurocién*, 14 (6), 314-20. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2013/rmn136c.pdf>

Martin, B. (2016). Guía de insomnio, Diagnostico del insomnio: Historia clínica y exploraciones complementarias. *Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad*, 32-41. <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>

- Martínez, O., Montalván, O. y Betancourt, Y. (2019). Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Rev Med Electrón*, 41 (2), 1-13. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3190/4257>
- Medina, JH, Fuentes, SA, Gil, IB, Adame, L., Solís, F., Sánchez, LY, y Sánchez, F. (2014). Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52 (1), 108-19. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im141v.pdf>
- Monroy, A., Contreras, ME, García-Jiménez, MA, García-Hernández, ML, Cárdenas, L. y Rivero, LF (2016). Estatus funcional de adultos mayores de Tláhuac, Ciudad de México. *Enferm univ*, 13 (1), 25-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.005>
- Moreno, K., Ramírez, E. y Sánchez, S. (2018). Las dificultades del sueño se asocian con fragilidad en adultos mayores. México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 56 (1), 38-44. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/ims181f.pdf>
- Naranjo, Y., Concepción, JA, y Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac med espirit*, 19 (3), 89-100. <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme2017/gme173i.pdf>
- Navarro, N., Guevara, U. Serratos, MC, y Pérez, JM (2015). Prevalencia de alteraciones en la calidad del sueño en adultos mayores con dolor crónico musculoesquelético. *Rev mex anestesiol*, 38 (2), 79-84. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma152b.pdf>
- Norma Oficial Mexicana. (1999). Norma oficial mexicana NOM-167-SSA1-1997 para la presentación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores. *Diario oficial de México*, 13, 64-77. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/167ssa17.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Envejecimiento y cambios demográficos. Salud en las Américas*. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t es&p=314&lang=es

- Organización Mundial de la Salud. (2019). Salud y envejecimiento. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020) Infografía-las personas mayores son más vulnerables al covid-19. OPS. <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-personas-mayores-son-mas-vulnerables-al-covid-19>
- Ortigoza, GM, y Lorandi, AP (2021). Proyecciones matemáticas del covid-19; simulación de escenarios para la elección 2021 en México. *Rev mex med forense*, (6) 1,1371-6. <https://doi.org/10.25009/revmedforense.v6i1.2885>
- Pardo, C. y González, CM (2017). Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria. *Gerokomos*, 28 (3), 121-6. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00121.pdf>
- Peñaloza, I., Flores, A. y Hernández, MJ (2016). Contaminación acústica en la zona 3 de la ciudad de Querétaro: comparación de los niveles de ruido reales y los apreciados por los habitantes. *Entreciencias*, 4 (9), 39-56. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457645340003>
- Pérez, H. (2016). El sueño a lo largo de la vida. *Consejo General de Colegios oficiales de Médicos de España*, 11-3. <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Peterson, SJ, y Bredow, TS (2004). Health-Related quality of life. Middle Range Theories. *Application to Nursing Research*, 1-349. https://www.academia.edu/32627459/Middle_Range_Theories_Application_to_Nursing_Research_2013_Cd
- Petrov, ME, Lichstein, KL, y Baldwin, CM (2014). Prevalence of sleep disorders by sex and ethnicity among older adolescents and emerging adults: Relations to daytime functioning, working memory and mental health.EE. UU. *Journal of adolescence*, 37 (5), 587-97. [10.1016/j.adolescence.2014.04.007](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.04.007)

- Prado, LA, González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad en la atención. *Rev Med Electron*, 1-11. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
- Qaseem, A., Kansagara, D., Forcica, MA, Cooke, M. y Denberg, TD (2016). Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the american college of physicians. *Ann Intern Med*, 165 (2), 125-33. [10.7326/M15-2175](https://doi.org/10.7326/M15-2175)
- Robles, AI, Rubio, B., De la Rosa, EV, y Nava, AH (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Residente*, 11 (3), 120-5. <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
- Rodríguez, M. y Muñoz, R. (2016). Calidad subjetiva del sueño en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Jáen. *Gerokomos*, 27 (2), 53-7. http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n2/04_originales_03.pdf
- Salcedo, RA, Zarate, RA, Zarza, MD, Reyes, V., Ruido, S. y Fajardo, G. (2018). La calidad de vida en los adultos mayores y su percepción en la calidad de la atención de Enfermería. México. *Enferm univ*, 4 (3), 7-12. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2007.3.446>
- Sateia, MD (2014). International Classification of sleep disorders- third edition: highlights and modifications, *Chest*, 146 (5), 1387-94. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0970>
- Secretaría de Desarrollo Social (2017). Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante. *Secretaria de desarrollo social*, 2-20. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/201801/An_lisis_prospectivo_d_e_la_poblaci_n_de_60_a_os_en_adelante.pdf
- Secretaria de Desarrollo Social (2018). Programa Nacional Gerontológico México. 1-101. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265503/PROGRAMA_NACIONAL_GERONTOLOGICO_5_ENERO_2017.pdf

- Téllez, A., Juárez, DM, Jaime, L. y García, C. (2015). Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos en adultos mayores de Monterrey, México. *Revista Colombiana de Psicología*, 25 (1), 95-106. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v25n1/v25n1a07.pdf>
- Tello, T., Alarcón, RD, y Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev peru med exp salud publica*, 33 (2), 342-50. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Testa MA, y Simonson, DC (1996). Assesment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*, 334 (13), 835-40.
- Torrens, I., Arguelles, R., Lorente, P., Molero, C. y Esteva, M. (2019). Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). *Aten prim*, 51 (10), 617-25. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.014>
- Valdés, SS (2016). Perfil demográfico, epidemiológico y social de la población adulta mayor en el país, una propuesta de política pública. México. *Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística*. 1-42. http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/1174/1/images/perfil_demografico.pdf
- Varela, LF (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev peru med salud publica*, 33 (2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Vargas, SR, y Melguizo, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Rev salud pública*, 19 (4), 549-54. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.55806>
- Viniegra, MA, Parellada, N., Moraes, RF, Parellada, LA, Planas, C. y Momblan, C. (2015). Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. *Atem prim*, 47 (6), 351-8. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.009>

Zepf, MD (1999). Problem Sleepiness: an often-unrecognized condition. *Am fam physician*, 59 (4), 762-71. <https://www.aafp.org/afp/1999/0215/p762.html>

XIV. Apéndices

Apéndice 1. Instrumento cuestionario WHOQOL-BREF C

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que respondiera unas preguntas generales sobre usted: Conteste en el espacio en blanco o haga un círculo en la respuesta correcta, por favor.

SEXO	HOMBRE			MUJER		
¿Cuándo nació?	DIA/ MES / AÑO					
¿Qué estudios tiene?	Ninguno	Primaria	Secundaria	Bachiller o preparatoria	Universidad	Otros
¿Cuál es su estado civil?	Soltero/a		Separado/a		Casado/a	
	Divorciado/a		En pareja		Viudo/a	
¿En la actualidad, está enfermo/a?	SI			NO		
Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____						

_____ enfermedad.

INSTRUCCIONES: este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a, escoja la que le parezca más apropiada. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Normal	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuanto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente manera:

Por favor, lea la pregunta detenidamente, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecha	Un poco satisfecha	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene	1	2	3	4	5

	sentido?					
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho y cuanto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco satisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a esta con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho esta de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a esta con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a esta con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a esta de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5

Apéndice 2. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

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 exactas posibles a lo ocurrido durante la **mayor parte** de los días y noches del **último mes.**

¡MUY IMPORTANTE! **Conteste todas las preguntas, por favor.**

1. Durante el **último mes**, **¿Cuál** ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE _____

2. **¿Cuánto** 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 **normalmente** 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**, cuantas veces ha tenido normalmente problemas para dormir a causa de:

A) No poder conciliar el sueño en la primera
media hora:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la semana _____

E) Toser o roncar normalmente:

Ninguna vez en el último mes _____

Menos de una vez a la _____

Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

semana
Una o dos veces a la semana _____
Tres o más veces a la semana _____

B) Despertarse durante la noche o la
madrugada:

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 _____

F) Sentir frío

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) Tener que levantarse para ir al servicio:

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 _____

G) Sentir demasiada calor:

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) No poder respirar bien:

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 _____

H) Tener pesadillas o “malos sueños”

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 _____

I) Sufrir dolores:

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

10. ¿duerme normalmente usted solo o
acompañado?

Solo _____
Con alguien en otra habitación _____
En la misma habitación pero

Tres o más veces a la semana _____ en otra cama _____
En la misma cama _____

J) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación)

POR FAVOR, SOLO CONTESTE A LA SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO

Si tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante en el **últimos mes, normalmente** ha tenido:

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 _____

A) Ronquidos ruidosos

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

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

Bastante buena _____
Buena _____
Mala _____
Bastante mala _____

B) Grandes pausas entre respiraciones mientras dúreme:

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 _____

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

Ninguna vez en el último mes _____
Menos de una vez a la semana _____

C) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme:

Ninguna vez en el último mes _____

Una o dos veces a la semana _____ Menos de una vez a la _____
semana

Tres o más veces 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, 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 _____

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 _____

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

Ningún problema _____

Sol un leve problema _____

Un problema _____

Un grave problema _____

E) otros inconvenientes mientras duerme
(escríbalas)

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 auto-aplicada y de 5 preguntas evaluadas por la pareja del paciente o por su compañero/a de habitación (si este está disponible). Solo 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 tienen un rango entre 0 y 3 puntos. En cualquier caso, una puntuación de 0 puntos indica que no existe dificultad, mientras que una puntuación de 3 indica una severa dificultad. Los siete componentes entonces se suman para rendir una puntuación global, que tiene un rango de 0 y 21 puntos, indicando una puntuación de 0 puntos la no existencia de dificultades y una de 21 puntos severas dificultades en todas las áreas estudiadas.

Para corregir, proceda de la siguiente manera:

Componente 1: calidad subjetiva del sueño

Examine la pregunta No. 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: _____	

4. Asigne la puntuación del componente 2 como sigue:

Suma de N.2 y N.5 ^a	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3
Puntuación del componente 2: _____	

Componente 2: Latencia de sueño

1. Examine la pregunta N. 2 y asigne la puntuación correspondiente

Respuesta	Puntuación
-----------	------------

Componente 3: Duración del sueño

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

Respuesta	Puntuación del componente 3
-----------	--------------------------------

<0 = 15`	0	>7 horas	0
16-30 minutos	1	6-7 horas	1
31-60 minutos	2	5-6 horas	2
>60 minutos	3	< 5 horas	3
Puntuación de la pregunta N. 2: _____		Puntuación del componente 3: _____	

Componente 4: eficacia de sueño habitual

2. Examine la pregunta N. 5^a y asigne la puntuación correspondiente

1. Escriba aquí la cantidad de horas dormidas:
2. Calcule el número de horas permanecidas en la cama

Respuesta	Puntuación	Hora de levantarse _____ (Preg. N.3)
Ninguna vez en el último mes	0	Hora de acostarse _____ (Preg. N.1)
Menos de una vez a la semana	1	Número de horas permanecidas en _____ cama:
Una o dos veces a la semana	2	
Tres o más veces a la semana	3	

Puntuación de la pregunta N. 5^a : _____ (Número de horas dormidas / número de horas permanecidas en cama) X 100=

3. Sume las puntuaciones de las preguntas N.2 y N.5^a

Eficiencia habitual de sueño (%)

Suma de las puntuaciones de las preguntas N.2 y N.5^a : _____

— X100 = _____%

Asigne la puntuación del componente 4 como *Componente 6: Uso de medicación*

sigue:

Eficiencia habitual de sueño Puntuación

%

>85% 0

75-84% 1

65-74% 2

< 65% 3

Puntuación del componente 4: _____

hipnótica

Examine la pregunta N.7 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 del componente 6: _____

Componente 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas del N. 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

N. 5b

Componente 7: Disfunción diurna

1. Examine la pregunta N.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. 8:

	N.5c		
Puntuación	N. 5d	2. Examine la pregunta N.9, y asigne las puntuaciones como sigue:	
	N. 5e		
	N.5f	Respuesta	Puntuación
	N. 5g	Ninguna vez en el último mes	0
	N.5h	Menos de una vez a la semana	1
	N. 5i	Una o dos veces a la semana	2
	N.5j	Tres o más veces a la semana	3

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

Suma de 5b a 5j: _____

3. Sume las puntuaciones de las preguntas N.8 y N.9

Suma de N-8 y N.9: _____

3. 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: _____

4. Asigne las puntuaciones del componente 7 como sigue:

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

Puntuación del componente 7: _____

Apéndice 3. Operacionalización de variables

Variable independiente: Insomnio

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores empíricos. (Ítems)	Medición/ clasificación.
La dificultad para conciliar o mantener el sueño, acompañada de una sensación de sueño no reparador, a pesar de que las condiciones para el sueño son adecuadas (es decir, que las condiciones ambientales son óptimas), y que suele acompañarse de fatiga y somnolencia durante el día (Qaseem et al., 2016).	Revisión de la presencia del trastorno del sueño.	Calidad subjetiva del sueño	6	El instrumento Índice de calidad de sueño de Pittsburgh utiliza una escala de respuesta tipo Likert con cuatro valores (0= <i>Ninguna vez</i> , 1= <i>menos de una vez</i> , 2= <i>una o dos veces</i> , 3= <i>tres o más veces a la semana</i>) considerando que a menor puntuación mejor calidad del sueño y a mayor puntuación menor calidad del sueño.
		Latencia del sueño	2 y 5	
		Duración del sueño	4	
		Eficacia del sueño	1 y 3	
		Perturbación del sueño	5b, 5c, 5d, 5e, 5f 5g, 5h, 5i, 5j	
		Consumo de medicamentos	7	
		Disfunción por el día	8 y 9	

Variable dependiente: calidad de vida

Definición operacional	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores empíricos (ítems)	Medición
<p>un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la capacidad de experimentar satisfacción en un área de la vida identificada como personalmente importante, que ha sido alterada por los procesos de enfermedad o déficit relacionados con la salud” (Peterson y Bredow, 2004).</p>	<p>Percepción del individuo en relación a su capacidad para los aspectos de la vida y función diaria.</p>	Salud física	3,4,10,15,16, 17,18	<p>El instrumento de calidad de vida WHOQOL-BREF utiliza una escala de respuesta Likert con valor de 1 a 5 (1= <i>Nada</i>, 2=<i>un poco</i>, 3=<i>normal</i>, 4= <i>bastante</i>, 5 = <i>extremadamente</i>) y cuya redacción considera que a mayor puntuación mayor calidad de vida y a menor puntuación menor calidad de vida.</p>
		Salud psicológica	5,6,7,11,19,26	
		Relaciones sociales	20,21,22	
		Ambiente 8	8,9,12,13,14,23,24,25	
		Salud general	1,2	

Apéndice 4. Consentimiento informado



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
División de Posgrado de la Facultad de Enfermería



Se me informó que el estudio de investigación llamado calidad de vida relacionado al insomnio en los adultos mayores de Huetamo, Michoacán, como parte de los estudios que se llevan a cabo en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo para obtener el L. E. César Iván Torres Román el grado de Maestro en Enfermería con terminal en el adulto mayor. Me dirijo a usted, con el objetivo de solicitar su apoyo y colaboración, para la aplicación del presente cuestionario (duración de cuestionario 10 a 25 minutos), para realizar la investigación en la Ciudad de Huetamo, Michoacán. El objetivo de estudio es determinar la relación de la calidad de vida con insomnio en la población adulto mayor.

La esencia de la presente investigación es mantener los derechos humanos de todas aquellas personas que acepten participar, recordando que toda la información será confidencial y sin fines de lucro. Se le entregará una encuesta con opciones de respuesta, donde se le pedirá que conteste de la manera más honesta posible.

Si usted acepta participar no se le pedirá que realice ningún pago por contestar la encuesta. Su participación es voluntaria, y sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación.

Si llega a tener dudas sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la participación e igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, de igual manera si alguna de las preguntas le parece incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Esperando contar con su apoyo, y sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

Firma o huella del usuario

Firma del testigo

XV. Anexos

Anexo 1. Certificado de artículo de investigación



Anexo 2. Constancia de ponencia de tema

LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES Y
EL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD,
A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Otorgan la presente

CONSTANCIA

A: César Iván Torres Román, María Magdalena Lozano Zuñiga, María Jazmín
Valencia Guzmán, Ana Celia Anguiano Morán

Por su participación como **PONENTES** en la presentación del tema

“Calidad de Vida Relacionada al Insomnio en Personas Adultas Mayores en
Michoacán”

durante el:

III COLOQUIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA.

Se Lumen Proferre

Aguascalientes, Ags., 17 y 18 de mayo de 2021

Anexo 3. Certificado de protocolo de investigación



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E. César Iván Torres Román
Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento, que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, ha realizado la revisión del protocolo de investigación titulado "Calidad de vida relacionada al insomnio de personas adultas mayores que acuden al hospital Dr. Miguel Silva en Morelia, Michoacán" y dictaminó que está **APROBADO** mismo que ha quedado registrado con el número de folio CIB/FacEnf/026/2020; por lo tanto usted puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento, quedamos de usted.

Atentamente

Morelia, Michoacán. A 27 de julio del 2020


Dra. María Leticia Rubi García Valenzuela
Coordinadora de la Comisión de Investigación y Bioética