

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POST GRADO**



TESIS

**“Experiencias de adultos mayores con alteración del sueño que acuden al
Centro de Salud Pósope Alto. Chiclayo 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL:**

“Cuidados de Enfermería en Geriatría y Gerontología”

INVESTIGADORA:

LIC. ENF. Fiorella Judith Guerrero Vélchez

ASESORA:

MSC. Viviana Santillán Medianero

***LAMBAYEQUE, PERÚ
2019***

Dra. María Rosario Verástegui León
Presidente

Msc. Marcelina Polo Campodónico
Secretario

Dra. Clarivel Díaz Olano
Vocal

Msc. Viviana del Carmen Santillán Medianero
Asesora

DECLARACION JURADA DE ORIGINALIDAD

Fiorella Judith Guerrero Vilchez; en calidad de investigadora y **Viviana del Carmen Santillan Medianero,** asesora del trabajo de investigación: **“Experiencias de adultos mayores con alteración del sueño que acuden al Centro de Salud Pósope Alto. Chiclayo 2017”**, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 04 de noviembre del 2019

Lic. Fiorella Judith Guerrero Vilchez
Autora

Msc. Viviana del Carmen Santillán Medianero
Asesora

DEDICATORIA

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgencita de Guadalupe, por todas las enseñanzas que Él nos dijo: Siendo entregados a nuestro prójimo, voluntario, responsable, humilde, y que todo esto nos ayuda a fortalecernos en nuestro caminar, ya que nos espera una ardua tarea en nuestra carrera y en nuestro futuro.

A mi familia, mi esposo y mis hijitas por ser mi motivación de salir adelante día a día por un futuro mejor.

Autora

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme vida y salud para luchar por mis objetivos y metas permitiéndome crecer como persona y profesional... ¡Sin Él, nada soy!

A mi familia, por su entrega y sacrificio diario, por su amor y paciencia.

A los adultos mayores que participaron voluntariamente en esta investigación con sus experiencias, sentimientos y emociones; que permitieron obtener estos resultados.

A las autoridades del establecimiento de salud Pósope Alto, que me permitió el permiso y las facilidades para realizar esta investigación con los adultos mayores de la jurisdicción.

A mi asesora, por sus enseñanzas, su tiempo, su amistad; por inculcarme no sólo conocimiento científico sino también por acompañarme en este camino y ser mi guía durante esta investigación, inculcándome fortaleza, dedicación y valores éticos.

A mis docentes de la especialidad y miembros del jurado calificador, que me permitió construir nuevos conocimientos en base a sus enseñanzas y experiencias durante los estudios de postgrado.

Autora

ÍNDICE

RESUMEN.....	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO I:INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.1.1. A Nivel Internacional	19
2.1.2. A Nivel Nacional	20
2.2. Bases Teóricas Conceptuales	21
2.2.1. Experiencias	21
2.2.2. Adulto Mayor	22
2.2.3. Trastornos del Sueño	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	44
3.1. Tipo de Investigación	44
3.2. Enfoque o abordaje de la Investigación	44
3.2.1. Principios del Estudio de Caso	45
3.2.2. Fases del Estudio de Caso	48
3.3. Población y Muestra	49
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	50
3.5. Análisis de Datos	51
3.6. Rigor Científico	53
3.7. Principios Éticos	55
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	59

CATEGORÍA I: ALTERACIÓN DEL SUEÑO MARCADOS POR SENTIMIENTOS NEGATIVOS EN LOS ADULTOS MAYORES	61
1.1. Sintiendo miedo en las noches	62
1.2. Desvelándome por la tristeza	64
1.3. Sufriendo por la indiferencia y desprecio de los hijos	66
1.4. Mi autoestima afectada me dificulta conciliar el sueño	70
CATEGORÍA II: PATRONES DE SUEÑO Y COSTUMBRES EN LOS ADULTOS MAYORES.....	72
CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES ..	76
5.1. Consideraciones Finales	76
5.2. Recomendaciones	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÉNDICE 1: GUÍA DE ENTREVISTA.....	85

RESUMEN

La inadecuada satisfacción de la necesidad de sueño en nuestros adultos mayores de Pósope Alto, se puede considerar un problema de especial repercusión en su calidad de vida. Por ello se ha realizado la investigación “Experiencias de adultos mayores con alteraciones del sueño que acuden al Centro de Salud Pósope Alto. Chiclayo 2017”, de tipo cualitativo, cuyo objetivo fue identificar y analizar las principales experiencias de los adultos mayores con alteraciones del sueño. Cuyo enfoque metodológico fue el Estudio de Caso. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista semi estructurada a profundidad, realizando un análisis de contenido descriptivo de la información, obteniéndose las categorías: “Alteración del sueño marcado por sentimientos negativos en los adultos mayores”, “Alteración del sueño por problemas en familia”, y “Patrones de sueño y costumbres en los adultos mayores”. La consideración final es que los adultos mayores sufren alteración del sueño, generado por sentimientos de miedo, tristeza, desprecio familiar, baja autoestima, y por los patrones de sueño y costumbres propios de la senilidad. Pues, durante el proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño; se despiertan con más frecuencia durante la noche y se levantan más temprano por la mañana.

Palabras claves: experiencia, adulto mayor, alteraciones del sueño.

ABSTRACT

The inadequate satisfaction of the need for sleep in our elderly adults in Pósope Alto, can be considered a problem of special impact on their quality of life. Therefore, the research “Experiences of older adults with sleep disturbances who attend the Pósope Alto Health Center has been carried out. Chiclayo 2017”, of qualitative type, whose objective was to identify and analyze the main experiences of older adults with sleep disorders. Whose methodological approach was the Case Study. For the data collection, the semi-structured in-depth interview was used, performing a descriptive content analysis of the information, obtaining the categories: “Sleep disturbance marked by negative feelings in older adults”, “Sleep disturbance due to problems in family”, and “Sleep patterns and customs in older adults”. The final consideration is that older adults suffer from sleep disturbance, generated by feelings of fear, sadness, family contempt, low self-esteem, and sleep patterns and customs of senility. Well, during the aging process it leads them to have difficulty falling asleep; they wake up more frequently during the night and get up earlier in the morning.

Keywords: experience, older adult, sleep disturbances

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores en Perú representa el 9,1% del total de habitantes y se espera que para el año 2025, ésta crezca hasta una proporción del 12,6%; siendo el Perú uno de los países con una elevada tasa de envejecimiento.

Así en el periodo 1950-2000, mientras la población total del mundo creció cerca de 14.1%, la población de 60 y más años aumentó aproximadamente en 21.8%, mientras que los de 80 y más años de edad lo hicieron cerca de 38.5%¹.

Al 2015, la población mundial estimada supera los 7 mil 300 millones de habitantes. En el Perú, el 2015, según proyección del Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, la población alcanzó los 31 millones 151 mil 643 personas (INEI, 2007). Del total de la población peruana, el 50,1% son hombres (15 millones 605 mil 814) y el 49,9% son mujeres (15 millones 545 mil 829); asimismo, la población urbana alcanza el 76,7% con 23 millones 893 mil 654 habitantes y la rural el 23,3% con una población de 7 millones 257 mil 989 mil¹.

El envejecimiento trae consigo cambios biológicos en el ser humano, entre ellos, la alteración del sueño. A lo largo de la vida, la estructura del sueño se modifica; pues conforme el individuo envejece, se reduce la intensidad, duración y continuidad de sueño. La cantidad total del tiempo que se invierte en el sueño lento se reduce y en consecuencia aumenta el tiempo del sueño ligero². En general, los pacientes ancianos tardan más tiempo en dormirse y se despiertan más fácilmente, con despertar frecuente por la noche y a primera hora de la mañana, además de

frecuentes despertares, escaso tiempo total de sueño, sueño no reparador y aumento de la fatiga y somnolencia diurna.

Aproximadamente, la mitad de los adultos mayores se queja de problemas para dormir. Presentar alteraciones del sueño tiene numerosas consecuencias para la salud como la dificultad en realización de actividades diurnas, menor atención, alteraciones en la memoria y la concentración, mayor riesgo de desarrollar ciertas enfermedades e incluso aumento de mortalidad³.

En los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Pósope Alto del Distrito de Pátapo de la Provincia Chiclayo, a través de la Etapa Vida Adulto Mayor; se puede observar que uno de los problemas más frecuentes que manifiestan los adultos mayores está relacionado con la alteración del sueño, con expresiones, tales como: *“me siento cansado, anoche no pude dormir...”*, *“los problemas de mis hijos y nietos con drogadicción me quitan el sueño”*, *“Me dice que soy una mujer que no vale para nada, cuando no le doy dinero a mi nieto... La autoestima la tengo muy baja, siento que no soy nada para él. Y tanto que pienso en eso ni duermo bien todos las noches”*, etc.

Cuando se realiza la valoración integral de los adultos mayores en el consultorio de Etapa Vida del Adulto Mayor, se obtuvo información que las alteraciones del sueño es un problema muy frecuente en ellos. Así mismo, se observa a los adultos mayores cansados, tristes, deprimidos, inapetentes y muy preocupados. Y sabiendo la trascendencia que un problema de salud del adulto mayor se convierte en un problema social, es necesario conocer esta realidad a través de la investigación cualitativa.

Ante esta problemática la investigadora se planteó lo siguiente: ¿cuáles son los motivos por los que los adultos mayores no pueden dormir?, ¿la falta de dinero o las preocupaciones familiares están causando alteración del sueño en los adultos mayores?, ¿la falta de sueño está afectando la salud del adulto mayor?

En relación a lo mencionado, la investigadora se formuló la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las experiencias de los adultos mayores con alteración del sueño que acuden al centro de salud Pósope Alto, Chiclayo 2017?

Según el problema formulado, el objeto de investigación fueron las experiencias de los adultos mayores con alteración del sueño y el objetivo que guió la investigación fue identificar y analizar las experiencias de los adultos mayores con alteración del sueño que acuden al centro de salud Pósope Alto, Chiclayo 2017.

El presente trabajo de investigación se justificó porque el progresivo envejecimiento de la población peruana es relativamente reciente y viene dando lugar a una serie de modificaciones sociales, económicas y culturales, que terminan afectando las condiciones y calidad de vida de las personas adultas mayores, especialmente de aquellas que viven en condiciones de pobreza y exclusión, constituyendo un grupo social expuesto a situaciones de desigualdad, dependencia y vulnerabilidad⁴.

Así mismo, se justificó porque en nuestra región, hasta el momento no se dispone de investigaciones que brinden información científica sobre la alteración del sueño en adultos mayores, que nos permita abordar con un enfoque holístico esta problemática tan frecuente en ellos.

Como profesionales de Enfermería existe la responsabilidad social de mejorar las condiciones de salud de las personas que se les brinda el Cuidado Enfermero; entre ellos, los adultos mayores. Propiciando el mantenimiento de la salud con calidad, a través de la satisfacción de necesidades, siendo el Sueño una necesidad básica del ser humano.

Esta investigación es gran importancia y trascendencia, pues aportaría al profesional de enfermería que trabaja con adultos mayores, estrategias de cuidados relacionados a la alteración del sueño; así como servir de fuente de información para futuras investigaciones relacionados con el tema. Además, aportar información a las instituciones de salud, para que se planteen acciones tendientes a abordar esta problemática tan común y frecuente en los adultos mayores, mejorando su calidad de vida.

Finalmente el presente informe está estructurado de la siguiente manera.

Capítulo I: Introducción, el cual contiene la realidad problemática, el problema, el objeto de estudio, el objetivo, la justificación e importancia.

Capítulo II: Marco teórico, aquí se encuentra los antecedentes y bases teóricas conceptuales.

Capítulo III: Marco metodológico, aquí se ubica el tipo de investigación, enfoque, población y muestra, métodos y técnicas de recolección de datos, análisis de los datos, rigor científico y principios éticos.

Capítulo IV: Resultados y discusión, aquí serán presentadas las categorías y sub categorías con su respectivo análisis y discusión.

Capítulo V: Consideraciones finales y recomendaciones.

Apéndice: Guía de entrevista y consentimiento informado.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Al efectuar la búsqueda bibliográfica acerca del objeto de estudio de la presente investigación, no se encontraron investigaciones similares a la planteada por la investigadora; sin embargo, existen investigaciones sobre algunos aspectos de la investigación propuesta.

A Nivel Internacional; tenemos a Cruz M. ⁵, (Argentina - 2008), realizó su investigación *“Trastornos del sueño en el adulto mayor en la Comunidad”*; cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de trastornos de sueño a 116 adultos mayores en régimen ambulatorio del Policlínico Hermanos Cruz, así como la asociación de estos trastornos a algunos factores. Los Ancianos fueron encuestados sobre si tenían o no trastornos del sueño, sus tipos, si ingerían café y horario de la ingesta evaluándose su estado psicológico según Escala de depresión geriátrica. Los resultados muestran que un 52,6 % de los ancianos tenían trastornos de sueño, de ellos, el sexo femenino fue el más afectado triplicando el riesgo de padecerlo. Además, se comprobó una asociación significativa de los trastornos de sueño con el estado psicológico. El tipo más frecuente de Trastorno de sueño resultó ser el insomnio y entre ellos el mixto. Concluyendo que alrededor de la mitad de la población anciana en régimen ambulatorio padece de trastornos de sueño muy en relación a trastornos psicoafectivos y al sexo de los pacientes.

Pando M., Aranda C., Aguilar M., Mendoza P., y Salazar J. ⁶, (México - 2001), investigó *“Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor”*; su

objetivo fue determinar la prevalencia de síntomas de Trastornos del Sueño en adultos mayores de 65 años en la Zona Metropolitana de la Ciudad de Guadalajara. Llegaron a concluir que el 58% de hombres y 76% de mujeres presentaron al menos un síntoma de trastornos del sueño; que estarían asociados al género, al grado de estudio y con la presencia de depresión, pero no con el estado civil ni la edad.

Así mismo a Nivel Nacional tenemos a Chávez L., Núñez I. y Díaz C.⁷, (Lima – 2012), en su trabajo ***“Trastornos del sueño en el adulto mayor: un problema en aumento”***. Se evidenciaron que los trastornos del sueño representaron aproximadamente 0,05% de las consultas realizadas, y de ellas el 39,5% fueron realizadas en adultos mayores; presentando un aumento de casi 60% con respecto a las atenciones realizadas en el año 2009.

Tello R.⁸, (Lima, 2009), realizó la investigación ***“Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, Es Salud, Lima, Perú”***, con el objetivo de determinar la calidad del sueño, la frecuencia de somnolencia diurna y la higiene del sueño de los adultos mayores en un Centro del Adulto Mayor en Lima. Material y método: se entrevistó a 73 adultos mayores que acudían a un Centro del Adulto Mayor. Se utilizó el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, la escala de somnolencia de Epworth y el índice de higiene del sueño modificado, previamente validados. Resultados: el 74% de los participantes (54 personas) presentaba una mala calidad de sueño, el análisis de los componentes mostró una auto percepción de calidad del sueño bastante mala y muy mala en el 9,6% (7 personas), una latencia del sueño prolongada en el 20,2% de los

participantes (14 personas), una duración total del sueño considerada como bastante mala y muy mala en el 24,7% (18 personas) y un 52,1% (38 personas) tuvo una eficiencia subjetiva de sueño menor al 85%. La frecuencia de somnolencia diurna fue de 38,4% (28 personas). El 75,3% (55 personas) tenía una mala higiene del sueño y se encontró que el 74,1% de los participantes que tenían una mala calidad de sueño presentaban una mala higiene del sueño, aunque la asociación no fue significativa. Su conclusión fue que los adultos mayores, tienen una alta frecuencia de mala calidad de sueño de somnolencia diurna y de mala higiene del sueño.

2.2. Bases Teóricas Conceptuales

Siendo el objeto de investigación, las experiencias de los adultos mayores con alteración de sueño, se establece una estructura que permita identificar, presentar y explicar cada término; tales como: experiencia, adulto mayor y alteración de sueño.

Experiencia es aquella forma de conocimiento o habilidad, la cual puede provenir de la observación, de la vivencia de un evento o bien de cualquier otra cosa que nos suceda en la vida y que es plausible de dejarnos una marca, por su importancia o por su trascendencia⁹. También, esa habilidad o conocimiento puede sobrevenir gracias a la práctica sistemática en o de alguna cuestión. Este tipo o forma de conocimiento, se va adquiriendo a lo largo de la vida, siendo prácticamente imposible que esta situación no se produzca en algún momento.

La experiencia de cada individuo está formada por un conjunto de sensaciones o emociones que posteriormente son ordenadas por la mente. Resaltando claramente que la experiencia es un hecho singular, y cada una de las

veces en que se produce es algo único e irrepetible que no sólo existe en el momento único en que se produce, sino que dura todo el tiempo en que se mantiene la relación cognoscitiva, en donde se es a la vez, sujeto y objeto.

Los adultos mayores que sufren alteraciones de sueño tienen experiencias acumuladas a través del tiempo, siendo un hecho único en cada uno de ellos, los que se evidencian a través de sus expresiones y comportamiento frente a éstas alteraciones¹⁰.

Mencionar a la Persona Adulta Mayor es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano. Siendo un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan las expectativas de vida, generan nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etáreo¹¹.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es un proceso progresivo desfavorable de cambio nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte.

El nuevo enfoque del envejecimiento está centrado en el ciclo vital, con una visión holística que concibe a éste como un proceso activo, saludable, de actitud

positiva, de auto-aceptación del mismo, que permite a las personas adultas mayores tener mejores y más adecuados niveles de autoestima y desarrollando relaciones interpersonales positivas.

El adulto mayor presenta cambios fisiológicos, psicológicos, sociales y espirituales. A nivel de los cambios fisiológicos es necesario señalar que en el sistema tegumentario se observa, la piel más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular. La dermis pierde parte de su contenido colágeno, produciéndose arrugas. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso. Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad. Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina¹².

En cuanto al sistema nervioso, existe una disminución progresiva de la masa cerebral debido a la muerte de neuronas, el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones y reducción de la síntesis y metabolismo de los neurotransmisores principales. Los impulsos nerviosos se conducen en forma más lenta y, por tanto los adultos mayores tardan en responder y reaccionar¹³.

Se pueden observar también cambios en el sistema sensorial, por ejemplo: En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción

del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.

En la vista la órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropión o ectropión. La córnea pierde transparencia y los depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, y una reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años¹².

Con respecto al sistema musculo esquelético, presenta una disminución de fuerza y resistencia muscular causada por una atrofia de las células musculares y a la vez se produce una pérdida de masa magra así como una disminución de fibras elásticas que conduce a una reducción de la flexibilidad y a un aumento de la rigidez. Así mismo se produce una pérdida de espesor de los cuerpos vertebrales, huesos largos y pélvicos, ya que en ellos la reabsorción ósea es mayor que su formación; presentando una pérdida de estatura por el estrechamiento del espacio existente entre los cuerpos vertebrales. Además de producirse un crecimiento óseo irregular en los bordes articulares, dando lugar a deformidades y afectaciones nerviosas por compresión, las articulaciones más afectadas en los ancianos son las caderas y las rodillas¹⁴.

El sistema cardiovascular es sumamente difícil diferenciar entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. El corazón aumenta su tamaño y peso, el músculo cardíaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno, que provoca fibrosis y por ende la rigidez de las cavidades del corazón, alterando el ritmo cardíaco y disminuyendo su fuerza. Se acumulan depósitos de calcio y grasa en la cara interna de las paredes arteriales y las venas se vuelven altamente tortuosas¹³. Por otro lado suelen tener problemas de arritmia, con un menor aporte de flujo sanguíneo a los tejidos y mayores problemas cardíacos o cerebrales.

En el adulto mayor la capacidad vital se encuentra disminuida, existe deterioro de la difusión de oxígeno, disminución de los mecanismos de defensa del pulmón; cifosis e incremento de la rigidez de la pared del tórax y una predisposición a la infección. El pulmón pierde peso y volumen; y es más rígido y menos distensible por la dificultad de contracción de los músculos inspiratorios, reduciéndose así la capacidad pulmonar para expandirse plenamente. Otra reducción en el pulmón senil es el número de alvéolos, que provoca que los que se conservan aumenten de tamaño y que se dilaten los bronquiolos y los conductos alveolares¹⁵.

El aparato digestivo sufre una serie de cambios uno de ellos es que las glándulas salivales segregan menos ptialina y amilasa, la saliva se vuelve más alcalina y la estructura ósea de la boca empieza a encogerse y como consecuencia se presenta pérdida de dientes o dientes picados. La motilidad gástrica suele disminuir, lo que provoca retraso en el vaciado del contenido gástrico; a la vez

disminuye la absorción de nutrientes en el intestino delgado y la bilis se vuelve más espesa y el vaciado de la vesícula biliar es más lento.

El sistema genitourinario continúa funcionando adecuadamente en las personas adultas mayores; pero se producen cambios como el engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad; cambios degenerativos en los túbulos, atrofia y reducción del número nefronas. En mujeres suele originarse incontinencia urinaria por estrés, urgencia o ambas. La hipertrofia prostática es un hallazgo común en varones ancianos; este agrandamiento incrementa en forma gradual la retención de orina e incontinencia por rebosamiento.

En cuando al aparato reproductor existe cese de la producción ovárica de estrógenos y progesterona. Los cambios que ocurren en los órganos reproductores de la mujer incluyen un adelgazamiento de la pared vaginal, con estrechamiento de la vagina y disminución de su elasticidad; reducción de las secreciones vaginales, que origina sequedad, escozor y menor acidez vaginales; involución uterina, ovárica y disminución del tono pubococcígeo, que produce relajamiento de la vagina y perineo. En los varones se reduce el tamaño del pene y los testículos, al igual que las concentraciones de andrógenos. La fuerza de eyaculación es menor al igual que la cantidad y la viscosidad del líquido seminal¹³.

Es así que el adulto que envejece se puede describir como un organismo que experimenta lentamente cambios en los recursos físicos y cuyo comportamiento es una función de la capacidad de adaptarse a los recursos disponibles para satisfacer las demandas del entorno cada vez más apremiantes. Durante esta fase de la

secuencia evolutiva los cambios de conducta son las respuestas de un organismo menos energético y físicamente ineficaz, aunque sumamente experimentado, que intenta hacer frente a un mundo en continuo cambio.

Los cambios psicosociales que se producen de acuerdo con el proceso de envejecimiento son multifactoriales y varían mucho según los individuos. El estado de salud, la motivación, las múltiples pérdidas y las habilidades para hacer frente a las situaciones pueden contribuir a cambios de conducta. Adicionalmente, las expectativas sociales de dependencia e inutilidad conducirán a una baja autoestima y a una consiguiente adaptación social inadecuada. Se afirma que junto con el proceso de envejecimiento, se producen a la vez cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en la condiciones de vida de los que envejecen; entre estos tenemos: la respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento, pérdida de la ocupación, desvalorización social de la vejez y la ausencia de un rol social para el adulto mayor¹⁵.

Entre los cambios psicológicos en el adulto mayor tenemos; disminución de la memoria y motivación, alteración de la percepción y concentración, disminución de la agudeza sensorial y rendimiento del aprendizaje, incapacidad para tomar decisiones, alteración de la depresión, personalidad y problemas sobre las pérdidas afectivas.

Las necesidades espirituales, tienen que ser satisfechas y deben atender a las necesidades humanas de cada persona. En nuestra práctica cotidiana valoramos al anciano como una unidad biopsicosocial y funcional, atendiendo a todas sus necesidades, brindando una atención integral y holística, atención que no deja

ningún cabo suelto en su preocupación por el desarrollo total del ser humano, en el cual se busca un bienestar físico referido a la salud de los sistemas; un bienestar psicológico, donde se identifican las relaciones del adulto mayor consigo mismo y con los demás y por último el bienestar espiritual referido a la relación con un ser superior¹².

El envejecer es un proceso del desarrollo humano al que es necesario adaptarse, pues las distintas características de la etapa de la vejez suponen para el individuo desafíos, logros y frustraciones, posibilidades de conflicto y dificultades, entre los cuales se puede mencionar un debilitamiento físico progresivo, la pérdida de seres queridos, y la muerte. Al igual que en cualquier otra etapa de la vida, la vejez se apela a los recursos que se dispone para hacer frente a las dificultades.

Uno de estos recursos personales es la espiritualidad, la concepción que las personas tienen acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de la propia vida. Por estos motivos, se plantea que la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento¹⁶.

El anciano sabe que vive la etapa de su vida en la que hay que arreglar muchas cosas que a lo mejor han quedado pendientes, perdones que haya que pedir y otorgar, expresiones de afecto omitidas y que ahora haya que compensar. Las personas que conviven con él tienen que saber brindarle las oportunidades

necesarias para que todo quede en orden, para que el anciano pueda recorrer sus propios procesos, se sienta acompañado en los momentos que lo requiera, y que cuando llegue el momento de la partida pueda hacerlo con la satisfacción de que todo ha quedado bien arreglado, ya que la espiritualidad se aumenta en esta etapa de la vida lo cual se traduce en una mayor filosofía de la vida.

Las personas pueden expresar sus necesidades espirituales, según sus tradiciones culturales y religiosas así como los médicos deberían estar preparados para dar consuelo, apoyo y ayuda, así como a los representantes de credos religiosos¹⁷. Es por ello que debemos incluirlo en la historia clínica del paciente, pues nos permitirá proyectar como, el paciente vive la experiencia de la misma vida, la enfermedad, la vejez y la muerte.

Dentro del ámbito de enfermería, para comprender a este grupo de personas adultas mayores, se considera importante tener en cuenta la Teoría Transcultural sostenida por Madeleine Leininger, siendo el principal sustento la cultura, refiriéndola como las creencias, conductas, valores de ellos y de su familia¹⁸. Siendo estos últimos la base de toda una vida que los adultos mayores establecieron y que difieren enormemente en la actualidad.

Siendo los trastornos de sueño uno de los problemas más frecuentes en los ancianos y están más relacionados con una menor “habilidad” para dormir, que con un descenso de la “necesidad” de dormir. Por ello, sueño es un estado de alteración de la conciencia, que se repite periódicamente durante un tiempo determinado cuya función es restaurar la energía y bienestar de la persona¹⁹.

La palabra sueño proviene del latín, *sonnus* (sehlah, Ale., sonneil, Fr., sleep, In., sonno, It., sono, Port.) y significa acción de dormir. Se le considera como una pérdida o suspensión normal y periódica de la conciencia y de la vida de relación, vinculado a un familiar y a la vez poco explicado estado de reposo, del cual puede despertarse con estímulos sensoriales u otros; y es reconocido técnicamente como un proceso activo que requiere la participación de numerosas influencias hipnógenas, surgidas en determinadas estructuras neurales con compleja transmisión y modulación neurobioquímica¹⁹.

De acuerdo con Maslow, el sueño es una necesidad básica del ser humano. Es un proceso universal común a todas las personas. Históricamente se consideró un estado de inconsciencia; sin embargo, actualmente se considera un estado de conciencia en el cual la percepción y reacción del individuo al entorno está disminuido¹⁰. Se caracteriza por una actividad física mínima, niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos del organismo y disminución de la respuesta a los estímulos externos.

Aún, no se ha descubierto una causa simple como responsable del sueño. El control del sueño no se halla confinado a una parte limitada del cerebro sino que una gran cantidad de sistemas neuroquímicos que interactúan en su regulación¹⁹. El que una persona permanezca despierta o se duerma depende del balance entre impulsos procedentes de la corteza cerebral (pensamientos) de los receptores sensoriales periféricos (por ejemplo sonido o luz) y del sistema límbico (emociones).

Un ciclo de sueño completo toma un promedio de 90 a 110 minutos, y consta de las fases lenta y rápida.

Fase lenta (No REM), que consta de: Fase I (2 – 5%) es transitoria entre sueño y vigilia, no dura más de 7 minutos, y tiene un sueño muy superficial. Fase II (50%) tiene elevación del umbral para despertar. Y la Fase III y IV (Fase delta; 15- 25%), son las de sueño profundo y no hay movimientos oculares ni actividad muscular. Y la Fase Rápida (REM), depende de la edad; por ejemplo, los niños pasan el 50% de su tiempo en sueño REM, mientras que los adultos pasan la mitad del tiempo en fase II, 20% en fase REM y el 30% restante se divide en las fases restantes¹⁹.

En caso de los adultos mayores, estos pasan progresivamente menos tiempo en sueño REM. A lo largo de la vida, la estructura del sueño se modifica. Conforme el individuo envejece la cantidad total del tiempo que se invierte en el sueño lento se reduce y en consecuencia aumenta el tiempo del sueño ligero³.

En la tercera edad se reduce la intensidad, duración y calidad del sueño y aumenta la susceptibilidad a las alteraciones. El anciano se siente menos satisfecho con el sueño a causa de la afectación en la cantidad y calidad del mismo. A pesar de esto y de aceptarse que en el envejecimiento aparece una alteración global del sueño, los trastornos del sueño disminuyen con la edad, al igual que se observa mayor facilidad para siestas y “cabezadas” diurnas, probablemente relacionadas con el incremento de despertares, preponderancia de fase I y disminución del sueño lento. El 50% de los mayores de 60 años refiere dificultad para conciliar o mantener el sueño⁴.

Frecuentemente los trabajos científicos relacionan el envejecimiento con el empeoramiento en la calidad del sueño, medida ésta, tanto objetiva como subjetivamente. Entre las características más destacables del sueño en la población anciana, se encuentran un adelanto en la fase circadiana de sueño y dificultades en el mantenimiento ininterrumpido del sueño. Cuando esto ocurre, es común que los adultos mayores valoren negativamente la calidad de su sueño²⁰.

La privación del sueño puede provocar varios síntomas: pérdida de la memoria a corto plazo, reducción de la capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, disminución de la capacidad para adaptarse e irritabilidad.

Como ocurre con otros síndromes geriátricos, la etiología del insomnio en el anciano es multifactorial. Muchas personas de edad presentan problemas de insomnio en relación con una dificultad para ajustar su vida a nuevos cambios como la jubilación, cambio de domicilio, pérdidas de familiares, enfermedades físicas, etc.

Las causas que con más frecuencia originan insomnio son las debidas a una mala higiene del sueño: irregularidades en los horarios, acostarse demasiado pronto, trabajo o actividades con excesiva estimulación mental realizadas por la noche, ingesta de bebidas excitantes (café, té, etc.) o de sustancias estimulantes cerca de la hora de acostarse, presencia de ruidos, calor o fríos excesivos, cambios de horario, etc.,²⁰.

Los trastornos del sueño son comunes en la tercera edad y pueden ser divididos en trastornos primarios (síndrome de apnea durante el sueño, mioclono nocturno, síndrome de piernas inquietas, movimiento periódico de extremidades) y

secundarios (depresión, ansiedad, tos, disnea, dolor, medicamentos, mala higiene del sueño, etc.)²⁰.

La duración y calidad del sueño varía de unos grupos de edad a otros. En el caso de las personas de edad avanzada, la necesidad de descanso aparece antes que la de sueño. Se dedica tiempo a siestas durante el día. La duración de tiempo nocturno de sueño disminuye, con acortamiento de la fase REM y reducción de las fases tres y cuatro No - REM, se despiertan con más frecuencia durante la noche y necesitan más tiempo para conciliar el sueño. El patrón de sueño se puede alterar por los cambios del SNC, el deterioro sensorial y las enfermedades crónicas²¹.

El envejecimiento se asocia con un descenso en la calidad y en la cantidad de sueño.

Por tanto, los trastornos del sueño en las personas mayores tienen una gran importancia, y se destacan porque existe una destacable prevalencia de quejas sobre la calidad y la cantidad del sueño. Se produce una relación entre los trastornos del sueño; especialmente el insomnio, con otros problemas físicos, psicológicos o sociales. Los mayores presentan un consumo notable de hipnóticos que les pueden generar efectos secundarios graves e irreversibles²³.

La ausencia de un sueño reparador puede tener repercusiones más graves en la funcionalidad de una persona mayor que de otro adulto. La autonomía en las actividades de la vida diaria es de gran interés para su calidad de vida; esta autonomía puede verse afectada si existen trastornos del sueño, o si su tratamiento es inadecuado. Puede ir desde lo más leve hasta los más graves como el síndrome de inmovilidad, accidentes, caídas graves, etc.

Así mismo, hay cambios del sueño asociados con el envejecimiento normal; con la edad se produce un cambio en la arquitectura del sueño, es decir, el envejecimiento tiene una serie de efectos sobre el sueño, haciendo que tanto la calidad como la cantidad de las horas que duerme el adulto mayor se modifique¹⁹.

Los cambios son: aumento del tiempo de latencia antes de iniciar el sueño; disminución de la cantidad de sueño profundo (fase III y IV) y aumento del sueño ligero (fase I y II); sueño fragmentado que aumenta la frecuencia y duración de despertares nocturnos y del tiempo de vigilia nocturno; dificultad para reiniciar el sueño tras un despertar nocturno y frecuentes adormecimientos diurnos²⁴.

Además, existe tendencia a la somnolencia en el atardecer y al despertar precoz; aumento de la frecuencia de quejas relativas al sueño; menor tolerancia a los efectos nocivos de una noche de insomnio; aumento del número de cambios de postura y de actividades apneicas; disminución del umbral para despertarse con estímulos auditivos; disminución del tiempo de sueño nocturno, pero el total de horas dormidas puede ser el mismo; reducción de la amplitud y desincronización de ritmos circadianos².

Cabe destacar que aunque éstas son características del sueño en las personas mayores, no se dan en todas ellas, ya que depende de cada persona, es decir, se debe tener en cuenta el rango de diferencias individuales.

Los trastornos del sueño podrían ser el resultado de una serie de factores que incluyen cambios evolutivos asociados con el envejecimiento, a la patología física, la medicación, el alcohol, la cafeína, la nicotina, el estrés, la ansiedad, la depresión, la inactividad, factores ambientales del sueño, malos hábitos del sueño, etc.,⁵. Es

decir, se necesita una valoración completa de todas estas variables antes de una intervención.

Las causas más frecuentes de los trastornos de sueño en los adultos mayores son:

Alteraciones somáticas; existen diferentes enfermedades físicas que pueden alterar el sueño como consecuencia de la sensación de malestar. Por ejemplo, un dolor de espalda, dolor gástrico de una úlcera, incontinencia urinaria, asma, y arritmias²¹. También el sentir dolor especialmente el asociado a la artritis, o padecimiento de la diabetes son causas de los trastornos del sueño más frecuentes en los mayores.

Psicopatologías; los trastornos psicológicos directamente relacionados con los trastornos del sueño son la depresión y ansiedad. Se ha demostrado que existe una relación entre depresión, sueño y envejecimiento. Los pacientes mayores deprimidos muestran alteraciones en el sueño siendo algunos de estos hallazgos, tendencias del envejecimiento normal, como un despertar matutino precoz, despertares nocturnos repetitivos, disminución del sueño delta, etc.,²¹.

Pero además de trastornos del sueño, la depresión en el mayor presenta otros síntomas como retraimiento, quejas somáticas, trastornos en la conducta alimenticia, dificultad para mantener la atención, etc. Por ello, es importante determinar si el insomnio es un síntoma de la depresión y de la ansiedad o por el contrario es el trastorno del sueño los responsables de síntomas depresivos y ansiosos.

Falta de actividad; un problema importante en los mayores es la forma de vida tan inactiva. La falta de actividad física, la no salida al aire libre y la realización de las largas siestas durante el día, hacen más probable la aparición de trastornos del sueño. Esta inactividad, puede generar en algunos mayores, el “*síndrome de retraso de la fase de sueño*”, que consiste en la incapacidad de dormir hasta el amanecer, por lo que el despertar ocurre a medio día o a primeras horas de la tarde. Y en contrapartida, otros pueden tener el “*síndrome de adelanto de la fase de sueño*”, que se debe a la tendencia del mayor a irse a la cama y levantarse más temprano, de forma que puede generar cansancio al día siguiente²¹.

El ejercicio físico practicado en su justa medida es la mejor prevención para los trastornos del sueño. La práctica regular de ejercicio no sólo facilita la conciliación del sueño sino que además lo hace más profundo²¹. En las personas mayores es necesario evitar los deportes que se practican de forma irregular y que suponen mucho esfuerzo; siendo aconsejables los deportes que suponen un esfuerzo moderado y continuado como, pasear, nadar, etc.

Para que el ejercicio físico tenga efectos positivos sobre el sueño se debe realizar durante la mañana o por la tarde, pero nunca antes de acostarse, pues en esos casos consigue el efecto contrario. Además es importante que el ejercicio físico se vaya aumentando de forma progresiva hasta alcanzar el nivel adecuado a las características de cada persona²¹.

Consumo de Alcohol, cafeína y nicotina. El alcohol consumido antes de acostarse provoca alteraciones del sueño, lo hace menos profundo y se incrementa el número de veces que se despierta por la noche. Los efectos de la nicotina y

cafeína sobre el sueño son similares²¹. En ambos casos se produce un incremento de la presión sanguínea y estimula al sistema nervioso, por lo que tiene efectos contraproducentes para el sueño, generando un sueño más ligero y más fragmentado. Puesto que la nicotina tiene una vida media de unas 6 horas, las personas mayores pueden continuar sufriendo sus efectos durante más tiempo, (menor tolerancia)²¹.

Inadecuados hábitos de sueño. Un aspecto importante para la aparición y mantenimiento de los trastornos del sueño es la inadecuada higiene del sueño²¹. Por ejemplo, el permanecer más tiempo del necesario en la cama y utilizar la cama para otras actividades diferentes, como ver televisión, comer, jugar, etc., el acostarse y levantarse cada día a una hora diferente, dormir con una temperatura excesivamente alta, tomar chocolate antes de acostarse o cenar abundantemente, auto medicarse, etc.

Factores ambientales. Existen determinados factores ambientales como el ruido, la luz, la temperatura, el tamaño de la cama, el tipo de colchón, etc., que puede influir negativamente en el sueño. Se ha demostrado que cuando hay una temperatura excesiva (mayor a 24°) se deteriora la calidad del sueño, produciéndose una disminución de las ondas lentas y del sueño paradójico, así como un incremento de los movimientos durante el sueño²¹.

Así mismo existen muchas clasificaciones del sueño que agrupan los diferentes trastornos en función de diferentes criterios: la causa, la sintomatología, su relación con otros trastornos, etc.

Sin embargo, existen trastornos del sueño más frecuentes en los adultos mayores, tales como:

Insomnio. El trastorno del sueño más frecuente en los mayores es el insomnio, es un trastorno que aumenta con la edad y es más frecuente en las mujeres, aunque existe una tendencia a igualarse con los hombres en edades muy avanzadas². Es decir, es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o falta de sueño reparador, durante al menos un mes, que provoque malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se ha encontrado relación entre el insomnio en mayores y enfermedades psiquiátricas, especialmente con la depresión, demencia y ansiedad, también con síntomas aislados como falta de atención y concentración, fatiga diurna y desinterés. Los factores de riesgo más importantes son: inadecuada higiene del sueño, enfermedades médicas y molestias derivadas de problemas médicos, demencia, trastornos afectivos, depresión y ansiedad, consumo de medicamentos y sustancias químicas, problemas sociales, problemas ambientales y dificultades de adaptación y trastornos primarios del sueño.

Síndrome de apnea del sueño. Es una interrupción de la respiración con una duración de 10 segundos o más, se considera patológico cuando se producen más de 30 apneas en 7 horas de sueño continuo o más de 5 apneas en una hora de sueño. En la persona mayor se diagnostica como patológico cuando hay más de 10 apneas en una hora de sueño. La prevalencia de este trastorno se incrementa con la edad y es más frecuente en los hombres. Entre un 30 y 50% de los mayores normales

tienen 20 o más episodios apneicos durante la noche, siendo dichos episodios provocados por el uso de antidepresivos y alcohol².

La apnea provoca un sueño fragmentado, un mayor número de despertares durante la noche, cansancio diurno exagerado, cefaleas, náuseas matutinas, somnolencia diurna, sequedad de boca al despertar, deterioro en el funcionamiento y capacidad intelectual, depresión, ronquidos etc.,².

Síndrome de piernas inquietas. Aparece en un 5% de la población anciana. Este síndrome se caracteriza por una sensación de incomodidad (hormigueo, quemazón) en las piernas durante periodos de reposo, cuando está sentado o tendido. Las sensaciones no son dolorosas y suelen disminuir o desaparecer con el movimiento. Es frecuente que aparezcan durante las últimas horas de la tarde o de la noche y sobre todo antes de comenzar a dormir. No obstante y a pesar de la incomodidad, normalmente las personas que sufren este síndrome pueden conseguir dormir y hacerlo durante varias horas².

Movimientos periódicos de las piernas (mioclonus nocturno). Se produce por la aparición periódica durante el sueño de contracciones musculares en las piernas. Las contracciones se inician cuando la persona está dormida y normalmente no suelen ser conscientes de dichos espasmos. Se producen cada 20 a 40 segundos y tienen una duración de entre 0'5 y 5 segundos. Este trastorno está relacionado con la edad y es más frecuente en los varones, se cree que afecta a un 34% de personas mayores de 60 años². También se le asocia a otros problemas físicos como vasculares, neurológicos y metabólicos. Su relación con el sueño es clara, los movimientos provocan el despertar, y esto puede ocurrir durante toda la

noche, por lo que al día siguiente la persona muestra somnolencia. La frecuencia de los movimientos varía de un paciente a otro².

Síndrome del retraso del sueño. Este tipo de trastornos está determinado por las modificaciones en el ritmo circadiano². Es decir, al igual que otras funciones del organismo, el sueño también sigue un ritmo biológico, en los que hay periodos más óptimos para dormir y estar despierto. Los trastornos en el ciclo circadiano son más destacables y frecuentes en los mayores porque con el envejecimiento se pierde parte de la capacidad para adaptarse a los cambios de horario.

Se caracteriza porque el sueño se presenta más tarde con relación al horario normal de ir a la cama (según el horario estándar). De esta forma cuando el sujeto se acuesta, no está preparado fisiológicamente para dormir. Lo que hace que se duerma más tarde y se levante también más tarde o bien reduzca el número de horas de sueño incrementa así la sensación de cansancio durante el día³.

Síndrome del adelanto del sueño. Este tipo de síndrome es el opuesto al anterior. En él existe una tendencia a levantarse temprano y acostarse pronto, puesto que la somnolencia comienza a aparecer en las últimas horas de la tarde. Si las personas que tienen este trastorno están despiertas durante la noche se sienten cada vez más cansados y somnolientes²⁰.

Somnolencia Postraumática. Se caracteriza por una gran somnolencia y por episodios de sueño diurno que aparece como resultado de una lesión en el sistema nervioso central. Esta somnolencia se está relacionada con otros síntomas como dolor de cabeza, fatiga, problemas de memoria y dificultades para concentrarse. La somnolencia es más intensa al inicio de la lesión, disminuye progresivamente con

el tiempo². No obstante, es posible una leve somnolencia y quejas sobre el sueño después de más de un año de la lesión.

Ante estos trastornos, es necesario hacer referencia al tratamiento de los trastornos del sueño en ancianos. Siendo, la educación un aspecto clave, pues se debe explicar a los pacientes que es normal que se presenten cambios en los patrones de sueño con la edad y que la mejor manera de enfrentarlos es mediante una higiene del sueño adecuada y otras intervenciones no farmacológicas; sin embargo, si con esto no se logra un buen resultado se podría considerar la prescripción de un medicamento.

Entre las recomendaciones no farmacológicas útiles para resolver los trastornos leves del sueño están: levantarse siempre a la misma hora; acostarse sólo cuando se tenga sueño; acortar o eliminar la siesta diurna; hacer ejercicio; ocupar la cama sólo para dormir; limitar o eliminar el alcohol antes de dormir; seguir un ritual para acostarse y levantarse de la cama si no se puede dormir²⁵.

El Tai-chi, un tipo de ejercicio tradicional chino, también sería útil para el manejo de los trastornos del sueño. En estudio aleatorio y controlado sobre los efectos de la práctica de Tai-chi y de ejercicios de bajo impacto en adultos mayores; encontraron que a los seis meses, el grupo que practicaba Tai-chi dormía mejor, según el índice de Pittsburg de calidad del sueño, la escala de somnolencia de Epworth y además los pacientes tenían menor latencia de sueño²⁵.

Respecto a terapias cognitivo-conductuales, existen unos 20 estudios en los que se ha evaluado su efecto en adultos mayores. Se puede decir que estas terapias mejoran el sueño y son eficaces para manejar el insomnio crónico; además, se

pueden combinar con fármacos. Estas terapias se basan en reeducar a los pacientes para lograr que incorporen el concepto de que la cama es un lugar para dormir o para tener relaciones sexuales, pero no para otras actividades, como comer o ver televisión y en corregir las ideas incorrectas que las personas suelen tener sobre el acto de dormir²⁵.

También, se puede utilizar es la terapia de restricción del sueño, que consiste en limitar el tiempo que pasa la persona en la cama, comenzando con una privación de sueño relativa y aumentando progresivamente las horas de sueño. Por último, se puede usar técnicas de relajación para mejorar la calidad del sueño.

Cuando los trastornos son crónicos, a estas terapias mencionadas, se les agrega la farmacología para un efecto lógico. Lo cual no será estudiado en esta investigación.

En resumen, en los adultos mayores existe mayor frecuencia de enfermedades crónicas que muchas veces producen alteraciones psíquicas consecutivas y los trastornos del sueño son los más comunes, con grandes malestares subjetivos que repercuten en su estado emocional y en su calidad de vida, originando preocupación a los familiares, su entorno social y el mismo adulto mayor.

Por ello, fue necesario haber presentado este marco conceptual de los términos que se han usado en esta investigación, para brindar un mayor bagaje de conocimientos en el profesional de enfermería que lea este informe, y pueda ayudarlo a brindar un mejor apoyo a los adultos mayores con estos trastornos del sueño.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

Para el logro del objetivo planteado se debe reconocer el camino que guió la investigación, en este sentido, se hizo uso de una metodología que permita desarrollar un profundo análisis que conlleve a la comprensión y construcción del objeto en estudio²⁶; por ello se utilizó la Investigación Cualitativa. El uso de la información cualitativa, en cuanto al objetivo de la investigación, busca transformar una situación determinada, en los métodos y técnicas que se usan para recabar, analizar e interpretar los resultados, y en el uso que se hace de los conocimientos producidos.

La investigación consistió en analizar los trastornos del sueño de los adultos mayores, a través de la recogida de información narrativa valiosa, mediante la obtención de respuestas detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos, incorporando las expresiones, pensamientos, sentimientos, reflexiones, tal y como son sentidos y expresados por ellos, y no como el investigador lo describe. Es decir, el diseño cualitativo tiende a ser holista, en un esfuerzo por comprender la totalidad del fenómeno de interés.

3.2. Enfoque o abordaje de la Investigación

La investigación se realizó empleando el abordaje de “Estudio de caso”. El estudio de caso es el estudio de un caso, sea el simple y específico, de interés propio y singular, rico en datos descriptivos, con un plan abierto y flexible y enfoca la realidad de forma compleja y contextualizada²⁷.

Así mismo los Principios del estudio de caso, presenta las siguientes características:

Dirigirse al descubrimiento; a pesar que el investigador parta de algunos supuestos teóricos iniciales, él procurará mantenerse constantemente atento a nuevos elementos que puedan surgir como importantes durante el estudio. El cuadro teórico inicial servirá así de esqueleto y de estructura básica a partir del cual podrán ser detectados nuevos aspectos, nuevos elementos o dimensiones que puedan ser sumados en la medida en que el estudio avance²⁸.

En el presente estudio el marco conceptual sirvió de estructura básica para descubrir las diferentes experiencias de los adultos mayores con alteraciones de sueño, la que se conservó durante todo el estudio, para estar pendientes de otros hechos que se presentaron, la cual surgió a medida que la investigación se fue desarrollando.

Los estudios de caso enfatizan la interpretación en el contexto. Un principio básico de ese tipo de estudio es que para una comprensión más completa del objeto es preciso llevar en cuenta el contexto en que él se sitúa. Así, para comprender mejor la manifestación general de un problema, las acciones, las percepciones, los comportamientos y las interacciones de las personas deben estar relacionadas a la situación específica donde ocurren o a la problemática determinada a la que están relacionadas²⁸.

En el presente estudio para la comprensión e interpretación de las experiencias de los adultos mayores con alteraciones de sueño, se realizó en el contexto donde viven y desarrollan su vida diaria, lo que permitió que los adultos

mayores expresaran sus experiencias con naturalidad ya que se encontraban en su contexto como el entorno familiar en que se hallan inmersos.

Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Este tipo de abordaje enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando las interrelaciones de sus componentes²⁸. En la investigación en todo momento se tuvo en cuenta la realidad donde transcurre su diario vivir de los adultos mayores, teniendo en cuenta al relatar las experiencias de ellos en su dimensión humana, familiar y social.

Buscan una variedad de fuentes de información; al realizar este tipo de estudio se recolectó datos en situaciones variadas. Además se analizó los sentimientos que surgen de tal manera que se pueda cruzar información, descubrir nuevos datos, separar suposiciones, etc.,²⁸. En el estudio se recolectó una serie de información y datos en diferentes momentos y/o situaciones, especialmente en los que acuden a pedir apoyo profesional, usando la observación de sus facie, la postura que adopta su cuerpo cuando nos relata un hecho, y sus historias clínicas que se encuentran en el establecimiento de salud.

Revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales. El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el lector pueda hacer sus generalizaciones naturales²⁷. En el lugar de la pregunta ¿este caso es representativo de qué?, el lector va a preguntar ¿qué puedo o no aplicar de este caso en mi situación? La generalización natural, ocurre en función del

conocimiento experimentado del sujeto en el momento en que éste intenta asociar datos encontrados del estudio que son fruto de sus experiencias personales.

En la presente investigación para obtener la información se planteó la pregunta que permitió dar inicio a conocer las experiencias de los adultos mayores con alteración del sueño, el investigador a partir de la pregunta tomó en cuenta los discursos íntegramente vertidos por los adultos mayores, pues en ellos se puede encontrar diversidad de información que apoyó al análisis de resultados.

Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros “Relatorios de Investigación”. Los datos de estudio de caso pueden estar presentados en una variedad de formas tales como dramatizaciones, diseños, fotografías, discusiones, mesas redondas. Los relatos escritos presentan generalmente, estilo formal, narrativo, ilustrado por figuras de lenguaje, citas, ejemplos y descripciones²⁷. Es posible también que en un mismo caso tengan diferentes formas de relato dependiendo del tipo de usuario a que se destina. La preocupación aquí es como una transmisión directa, clara y bien articulada del caso y un estilo que se aproxime a la experiencia personal del lector.

En el estudio los relatos de esta investigación serán presentados con un estilo formal narrativo, ilustrado por relatos de experiencia, citas, ejemplos, etc.

En el presente estudio se realizó un informe detallado utilizando un estilo narrativo mediante un lenguaje claro, permitiendo comprender el porqué de estos y generando nuevas inquietudes para la realización de futuras investigaciones. Además se procuró que en el informe de investigación científica se presenten los

resultados, mencionando las experiencias de las alteraciones de sueño en los adultos mayores, de tal forma que sirva al lector para contrastarlo con la realidad.

En las Fases del estudio de caso; según Ludke M., y Marli A.,:

Fase Exploratoria. El estudio de caso comienza con un plan muy incipiente, que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio; que constituye la realidad problemática e identificado un problema específico para ser estudiado a profundidad, esta avanza en la medida que se da la revisión literaria pertinente, y manifestaciones empíricas relacionadas a la investigación²⁷.

En este primer momento se inició con la problematización, sus respectivas interrogantes planteada por la investigadora derivadas de la propia experiencia y de la observación en el campo clínico seguido de consultas bibliográficas, se eligieron las técnicas y se construyeron los instrumentos que permitió elaborar el presente informe.

Delimitación del Estudio. Una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, se procederá a obtener datos en forma sistemática la recolección de datos mediante los instrumentos de acuerdo al objeto de estudio: haciendo uso de la entrevista y de la observación participante²⁷. En la presente investigación se utilizó la entrevista semiestructurada a profundidad y el análisis documental los que permitieron la recolección de los datos para formar el objeto de estudio.

Análisis Sistemático y Elaboración del Informe. Ya en la fase exploratoria del estudio surge la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla

disponible a los informantes para que manifieste sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado²⁸. Es decir, estos borradores se presentarán a los informantes, quienes confirmarán la información brindada. Finalmente, se reunirá la información como un todo para su interpretación, análisis y síntesis.

Escenario

En la provincia de Chiclayo, Distrito de Pátapo, se encuentra ubicado el Centro de Salud Pósope Alto, fundado el 15 de noviembre de 1978 cuyas acciones se implementan en el ámbito de la Región Lambayeque. El centro de salud es de nivel de atención I-3, que cuenta con todos los servicios básicos y profesionales para la Atención Primaria de Salud (6 enfermeras, 4 médicos, 15 personal técnico, 6 obstetras, 3 vigilantes y/o limpieza, 3 biólogos, 1 digitador de FUAS, 1 digitador HIS)

Se conforma el equipo de gestión con personal que labora en el Centro de salud, con la finalidad de ordenar los servicios de salud. Entre ellas está la Etapa vida del Adulto Mayor, los cuales son atendidos en los turnos mañanas y tardes; un promedio de 50 adultas mayores al mes; y cuenta con una enfermera responsable de esta etapa.

3.3. Población y Muestra

Los Adultos Mayores (50) que asistan al Centro de Salud Pósope Alto.

La muestra de los sujetos de investigación fueron 15 adultos mayores, mediante el proceso de saturación y redundancia.

Criterios de Inclusión

- Que se encontraron registrados en la Etapa de vida adulto mayor con un tiempo de 12 meses.
- Que se encuentren lúcidos y sin discapacidad auditiva y visual.
- Que acepten la grabación de la entrevista de principio a fin.
- Que deseen participar y colaborar con la investigación de manera voluntaria, para tener acceso a la información que se requiere de una manera veraz y objetiva

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica de recolección de datos es la Encuesta y el Instrumento fue la Entrevista, aplicada a los adultos mayores que acudieron al establecimiento.

La entrevista, desde el punto de vista del método, es una forma específica de interacción social, entre dos personas, a través de un medio generalmente oral, en la que existe un diálogo peculiar, con roles asimétricos: entrevistador/a-entrevistado/a, que tiene por objeto recolectar datos para una investigación, son los mismos actores los que ofrecen información relativos a sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, por ello, nadie mejor que la misma persona involucrada para hablarnos acerca de todo aquello que piensa y siente, de lo que ha experimentado o proyecta hacer²⁹.

La entrevista fue del tipo semi estructurada a profundidad. La cual es de carácter anónimo, abierta a profundidad, que permite la fluidez de respuestas del participante. La entrevista abierta se caracteriza, por la libertad que se brinda al entrevistado para permitir que configure el campo de la entrevista, según su estructura psicológica particular, es decir, que depende de la personalidad del entrevistado. Para la construcción de las entrevistas se utilizaron técnicas, como búsqueda de información, clarificación, parafraseo, resumen y confrontación. Y tienen preguntas orientadoras, como foco inicial para la continuación de otras.

Previo a la recolección de datos se solicitará a los participantes que firmen el consentimiento informado. El cual es una herramienta que facilita el proceso de comunicación y un complemento necesario a la información verbal. A través del cual se respetará la decisión que el participante elija, como clara expresión de su autonomía moral.

3.5. Análisis de Datos

El análisis de los datos cualitativos es considerado como el proceso por el cual vamos más allá de los datos para acceder a la esencia del fenómeno de estudio, es decir, es el proceso por medio del cual el investigador expande los datos más allá de la narración descriptiva.

El análisis de datos en esta investigación consistió en inmiscuirse en la realidad del fenómeno a estudiar; se evitó emitir prejuicios e interpretaciones, que puedan añadir subjetividad a la investigación. Para ello, el procesamiento y análisis de datos se ejecutó de forma ordenada recopilando información objetiva, que fue seleccionada de forma veraz.

Esta investigación empleó, el Análisis de Contenido, que se caracteriza por ser un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones que busca la obtención de indicadores cuantitativos y cualitativos de descripción del contenido de mensajes, a través del empleo de procedimientos sistemáticos y objetivos, metódicamente explícitos y replicables, ello permite la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de reproducción y de recepción de esos mensajes³⁰. El análisis de contenido presentó sub etapas:

Lectura y relectura. Esta fase correspondió a un período de intuiciones. Se trató de realizar una lectura superficial (hojearlo, organizarlo, controlarlo) y llevar a cabo una primera aproximación en los que se apoyó la investigación. Se procedió al análisis de los documentos, básicamente a la búsqueda de material bibliográfico, para luego seleccionar el material a utilizar basado en la lectura y relectura de los discursos extraídos de las entrevistas³¹. Es decir, en la investigación se aplicaron entrevistas a los adultos mayores, luego se pasaron las grabaciones al tipeado, dándoles continuas lecturas para manifestar claramente lo que la persona quiso decir, y estén listas para el recorte.

Recorte. Constituyó los núcleos de significado propio que fueron objeto de estudio para su clasificación y recuento³¹. Se refirió a la forma de contar las unidades de registro codificadas; es decir imprimir las entrevistas, y recortarlas ideas principales y secundarias por si solas para constituir las en unidades de significados.

Categorización. Se basó en la operación de clasificar los elementos de un conjunto a partir de ciertos criterios previamente definidos³¹. De esta manera se

procedió a analizar los diferentes códigos obtenidos, para proceder a unir aquellos que guardan relación; es decir de acuerdo a las unidades de significado recortas, estas se agrupan según los contenidos que cada unidad manifiesta y se empieza a colocarle nombres en borrador para subcategorías, y estas subcategorías según sus nombres y lo que significan se agrupan las similares para la conformación de categorías; y sus denominaciones finales se colocaron debido a una cambio constante, debido al conocimiento que la investigadora iba teniendo mientras se interpretaba y discutía los resultados.

3.6. Rigor Científico

La calidad científica de la investigación en ciencias de la salud es un aspecto fundamental que las investigadoras quieren garantizar, mediante los siguientes criterios:

Confidencialidad. Los secretos expuestos por los informantes en la investigación no serán públicos sin su consentimiento. Caso necesario y previa autorización éste será publicado con el uso de su seudónimo²⁹. En la investigación, la información fue obtenida a través de entrevista única y directa (entrevistador – entrevistado) sin necesidad de registrar datos personales de filiación del informante y garantizando que la información obtenida sea procesada por un solo investigador.

Credibilidad. Es el nivel en que los resultados de la investigación reflejen una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada²⁹. En la investigación se buscó que los hallazgos sean reconocidos como verdaderos por las personas que participaron, evitando subjetividades de la investigadora. En este principio, el contraste entre las interpretaciones del investigador y los hechos

ocurridos deben hacer creíbles y aceptables dichas interpretaciones, de la manera más transparente posible. Para determinar la credibilidad se utilizó una grabadora para entrevistar donde la información recolectada sea verdadera aproximación previo consentimiento informado, y se usó transcripciones textuales idénticas de las entrevistas para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados.

Confirmabilidad. Consiste en un proceso de análisis reflexivo y reconstrucción de las interpretaciones coincidentes desde varios ángulos o fuentes de datos (triangulación). Se produce cuando se dejan a un lado los prejuicios y expectativas del investigador, donde éste actúa con neutralidad y las conclusiones son independientes²⁹. En la investigación este principio se puede aplicar, cuando una vez tenido transcrito los discursos de las entrevistas, estas se lleven a sus participantes para su última verificación de información y confirmar así lo antes expuesto o corregir o incluso anular.

Transferibilidad o aplicabilidad. Aquí no se trata de generalizar resultados sino formular hipótesis de trabajo, relevantes para el contexto, que puedan transferirse o aplicarse a otras situaciones similares, de forma horizontal, de caso a caso, de un contexto de investigación a otro, no verticalmente como la generalización y de una manera representativa a la población origen.³⁰ La transferibilidad que se favoreció fue a través de interpretación y análisis exhaustivo de los datos obtenidos, y aplicados en otros contextos y situaciones, de tal forma de garantizar una adecuada adquisición de nuevos conocimientos, introduciendo

nuevas acciones y potencializando las existentes, y así optimizar el cuidado de Enfermería.

3.7. Principios Éticos

En la presente investigación se tuvo en cuenta los principios éticos; códigos propuestos para la protección de personas las cuales están expuestas, como es el caso de los adultos mayores que tienen alteraciones del sueño y son los siguientes:

Principio de Beneficencia. Este principio nos habla de que las personas son tratadas de una forma ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar. El término Beneficencia es a menudo comprendido como un acto de bondad o caridad, pero en realidad tiene un sentido más radical donde hay dos reglas sustentadas en: “no hacer daño” y “Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos”³¹.

Esto se refiere a: “Por sobre todas las cosas, no dañar”. La investigadora evitó infligir daños psicológicos a las personas adultos mayores entrevistadas que tienen alteraciones del sueño, considerando con sumo cuidado la formulación de las preguntas, celebrando sesiones de información en las cuales las personas pueden hacer preguntas. Pues el participar en un estudio de investigación no debe situar a las personas en desventaja o exponerla a situaciones para las que no han sido preparadas explícitamente. Es indispensable asegurarle que su participación o la información que proporcionen no fueron utilizadas contra ellas(os) ³².

En este caso se informó y aseguró a las personas que la información obtenida, fue utilizada solo para fines de la investigación. Además se le informó a

la persona cuál es la finalidad de la investigación y cuáles son los beneficios de su participación brindada a los profesionales de salud de enfermería.

Principio de Respeto por las Personas. Comprende el derecho de la Autodeterminación lo cual significa que incluye el derecho de la persona a un trato justo y a la privacidad. La persona tiene derecho a un trato justo y equitativo, antes, durante y después de su participación siendo algunos de los aspectos comprendidos: selección y no discriminación de la persona, trato sin prejuicio, se brindará también el acceso de la persona al profesional de salud en caso de daños psicológicos y trato respetuoso y amable como persona y participante en todo momento, el derecho a la privacidad de la persona se puede conservar a través del anonimato o por otros medios, entendiéndose por anonimato la condición en la que ni la investigadora puede relacionar a una persona con la información obtenida, lo cual protegerá el derecho a la privacidad de la persona³².

En esta investigación se incluyó la aplicación de procedimientos de consentimiento informado, diseñado para ofrecer a la persona la información suficiente para tomar una decisión razonada. La persona tiene la libertad para conducir sus propias acciones, incluyendo su participación voluntaria en la investigación, también significa que la persona tiene derecho a dar por terminada su participación en cualquier momento. Los adultos mayores que tienen alteraciones del sueño, tuvieron la libertad de decidir por voluntad propia de querer participar en la presente investigación. Se tomaron en cuenta la autorización de los adultos mayores, para la recolección de datos y los procedimientos que se utilizaron para obtener más información y de los derechos que goza.

Principio de Justicia. Nos habla, que los iguales deben ser tratados de un modo igualitario, en este caso es el trato justo y la privacidad³². En la presente investigación se trató a la persona con justicia en cada entrevista.

Principio de Autonomía. Los individuos no deben ser tratados como medios que conducen a un fin sino como un fin en sí mismo. En la atención, la autonomía se traduce en la libertad para tomar aquellas decisiones que afectan al cuerpo y alma de cada uno sin la coerción o la interferencia de los demás. La autonomía, que es un derecho humano básico, es la libertad de elección o autodeterminación que se experimenta en todas las etapas de la vida humana³².

Durante la realización del estudio, este principio estuvo presente desde el inicio con la estructuración del modelo de cuestionario aplicado en la entrevista, tomando como referencia al ser humano como un ente autónomo, es decir íntegro, con capacidad de toma de decisiones libremente para, en primer lugar, aceptar participar en el estudio y finalmente poder brindar una amplia gama de respuestas vivenciales concernientes a la pregunta de investigación.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dentro de los cambios que ocurren en nuestro organismo con el envejecimiento se encuentra involucrado el ritmo sueño - vigilia o “reloj biológico”. Conforme envejecemos la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado, con múltiples despertares, y con un aumento del tiempo de sueño liviano, que resulta de alteraciones y/o modificaciones neuro hormonales que a su vez ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño.

Es así como por lo general el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo además la conciliación del sueño más temprana (es frecuente que se acuesten más temprano), y se despiertan más fácilmente. Otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es que el sueño profundo o reparador disminuye con un aumento del número de siestas diurnas compensatorias.

El trastorno del sueño, es una de las alteraciones más frecuentemente encontradas en personas de la tercera edad, y representa una de las complicaciones y preocupaciones en su estado de salud, o incluso ante cualquier tipo de patología. Esta entidad puede ser encontrada patológica por sí misma y diferentes estudios se han encargado de indagar sobre su etiología. Siendo fisiológicamente normal en el proceso de envejecimiento los trastornos y desequilibrios metabólicos, se ha estado tratando de encontrar las consecuencias a nivel físico y psicológico de estos cambios.

Siendo la presente investigación un estudio de caso, se inició el análisis y discusión contextualizando el objeto de estudio como son las experiencias de los adultos mayores de la jurisdicción del Centro de Salud Pósope Alto con alteración

del sueño; y se aborda a través de la sistematización de las siguientes categorías y subcategorías que fueron emergiendo a lo largo de la investigación:

CATEGORÍA I: ALTERACIÓN DEL SUEÑO MARCADOS POR SENTIMIENTOS NEGATIVOS EN LOS ADULTOS MAYORES

1.1. Sintiendo miedo en las noches

1.2. Develando tristeza por la muerte de un familiar al no dormir bien

CATEGORÍA II: ALTERACIÓN DEL SUEÑO POR PROBLEMAS EN FAMILIA

3.1. Sufriendo el desprecio de los hijos

3.2. Mi autoestima afectada me dificulta conciliar el sueño.

CATEGORÍA III: PATRONES DE SUEÑO Y COSTUMBRES EN LOS ADULTOS MAYORES

CATEGORÍA I: ALTERACIÓN DEL SUEÑO MARCADOS POR SENTIMIENTOS NEGATIVOS EN LOS ADULTOS MAYORES

Son los trastornos del sueño unas de las patologías más frecuentes por las cuales, las personas de la tercera edad consultan a los servicios médicos, y por lo tanto constituyen uno de los puntos diana para mejorar la calidad de vida de nuestra población mayor, en pro del bienestar de nuestra sociedad³³.

El predominio de muchos trastornos del sueño aumenta con la edad, típicamente hay un avance en las fases del ciclo circadiano, las personas de edad adulta tienden a dormirse más temprano y despertarse más temprano, pueden también con frecuencia despertar en la noche.

Estas alteraciones se encuentran generadas por cambios fisiológicos correspondientes a la edad, que trastornan el sueño en su última fase, durante el ciclo circadiano³⁴. De este modo las personas de edad avanzada suelen ser madrugadores y se van a la cama temprano aparentemente, alterando su ciclo de vida y la calidad del sueño.

En el adulto, el insomnio es la incapacidad para conciliar el sueño en el momento del día en que por lo regular se espera dormir, aunque se mal use el término para designar cualquier deterioro en la duración, profundidad o propiedades reparadoras. También, se refiere a la dificultad en quedarse dormido, despertar demasiado temprano y para formas combinadas de las anteriores.

De esta categoría emergen las siguientes sub categorías

1.1. Sintiendo miedo en las noches

El sueño es fundamental para la buena salud psíquica y mental, ya que cumple diversas funciones fisiológicas necesarias para el organismo. No dormir bien puede tener graves consecuencias para nuestra salud y para nuestro funcionamiento diario. El insomnio puede ser debido a causas de diversa índole: consumo de sustancias, mala higiene del sueño, trastornos del estado de ánimo o psiquiátricos, etc.,³⁵.

En el contexto de las fobias, el miedo a irse a la cama a dormir, denominado *Somnifobia*, se puede presentar a cualquier edad, aunque las causas son muy variadas y dependen del contexto de cada individuo³⁶. El miedo es una emoción negativa que se produce como reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba nuestra costumbre, el cual da como respuesta la ansiedad, incertidumbre e inseguridad³⁷. Por ello, el miedo se convierte en un sentimiento negativo para la salud mental y el buen dormir.

Según explica Segarra, coordinador de la Sociedad Española del Sueño y especialista de la Clínica del Sueño Estivill, quienes han desarrollado un miedo a ir a dormir son por regla general personas que no pueden dormir, insomnes que generan ansiedad anticipatoria, angustia por no poder dormir y que generan una fobia sobre ello³⁶.

Es decir, existen personas con somnifobia que han sufrido experiencias negativas asociadas al sueño; sin embargo también están las que no pueden dormir

por factores sociales como la delincuencia. Tales como se muestra en los siguientes discursos:

“En las noches casi no duermo, porque siento miedo que entren a mi casa de nuevo y roben lo poco que tengo, porque hace un mes se llevaron dos chanchos que tenía al fondo de mi casita” (Mar)

“Mi casa se encuentra al lado del canal Taymi y siento miedo cuando estoy sola, porque los jóvenes de la esquina vienen a bañarse e ingresan a robar frutas” (Oso)

“Se me hace difícil dormir, hay mucha delincuencia...El otro día robaron y violaron a una mayor hace dos años, y yo tengo un susto feo que me suceda lo mismo” (Estrella)

La característica más común de este trastorno es una ansiedad anticipatoria ante el hecho de tener que ir a dormir³⁶. Una persona, puede sentir en alguna etapa de su vida miedos intensos por las noches sin llegar al terror, es decir, no hay gritos, no agitación física, pero sí que la hay mental, inclusive puede llegar a llorar en silencio. Tal es el caso, que los entrevistados refieren el miedo a la delincuencia, que no les permite dormir. El miedo que se siente normalmente es algo específico, es decir, sabemos la causa del miedo, tiene nombre y forma, no es algo desconocido. Si fuera algo desconocido no sería miedo, sería ansiedad.

Los hallazgos en esta investigación se evidencia que la alteración del sueño que presentan los adultos mayores es condicionada por factores propios de su edad, pero a ello se agrega los sentimientos de miedo influenciada por factores sociales como es la delincuencia. La violencia hace alusión al uso de alguna forma de fuerza (sea verbal, física, política, económica.) para producir daño³⁸.

Los adultos mayores son personas frágiles por su misma edad, posibles enfermedades que presentan y más aún sin no cuentan con un entorno familiar cercano a ellos, que les brinde apoyo y seguridad. Sobre todo, en las noches donde deberían tener un reposo tranquilo y completo.

Por ello, es importante conocer estas experiencias en los adultos mayores de miedo que les impide dormir sanamente y poder analizar estrategias de ayuda, y así mejorar la salud mental y bienestar de ellos. Contrario al miedo, también está la tristeza como causa de insomnio. Tal como se muestra en la siguiente subcategoría:

1.2. Desvelándome por la tristeza

La tristeza es el estado afectivo provocado por un decaimiento de la moral. Es la expresión del dolor afectivo mediante el llanto, el rostro abatido, la falta de apetito, etc.,⁴⁰. A menudo, uno se siente triste cuando las expectativas no se ven cumplidas, o cuando las circunstancias de la vida son más dolorosas que alegres.

El adulto mayor como característica en su aspecto psicosocial es muy sensible a la depresión condicionada por varios factores, encontrando la investigadora que los sentimientos de tristeza manifestados por los adultos mayores son derivadas de las situaciones que va afrontando día a día, más aún si los adultos mayores en estudio son de un nivel socio económico bajo, con un entorno familiar que no favorezca el logro de sus objetivos ya que muchas veces vive solo, tiene que trabajar para generar ingresos o se queda a cargo del cuidado de nietos.

La tristeza destruye a la persona que la sufre, inhibe la participación de ésta en la adopción de decisiones en su entorno familiar y social, manifestándose a través de sentimientos que revelan no haber alcanzado. Los adultos mayores, como cualquier otro ser humano, siempre buscan compensar el sufrimiento.

Los participantes de este estudio implementan alternativas para enfrentar la adversidad de sus vidas; ellos se aferran a emociones como la esperanza y la fe⁴¹. Sin embargo, en los entrevistados sólo manifiestan desesperación, sufrimiento, y alteraciones en su sueño normal.

En la investigación los adultos mayores entrevistados presentan esta tristeza mencionada a través de los siguientes discursos:

“Aún me siento mal y triste por la muerte de mi esposo, eso me dejó marcada, y por ello, siempre estoy en cama pero no puedo conciliar el sueño” (Brisa)

“Dicen que para la muerte no hay edad, pero siempre pensé que yo moriría primero y no mi hijo (solloza y llora mucho)... Era mi único hijo, y le cayó una bala perdida cuando hubo un problema de la empresa Agro Pucalá. Todo el día pienso en él; y no puedo dormir cuando me acuerdo de este hecho” (Estrella)

Las situaciones vividas por los entrevistados que les conlleva a la alteración del sueño, han marcado en ellos sentimientos, negativos tales como temor, cólera, soledad, desamor, tristeza, decepción y frustración; que se expresan en una tolerancia que las ha llevado a identificarse como víctimas y a pensar que esta situación es difícil o imposible de cambiar y pareciera que le es imposible romper el círculo de la decepción.

La muerte de un familiar es una de las experiencias más difíciles que cualquier persona puede vivir, y esto es especialmente duro cuando se trata de la pareja. El mundo cambia de un momento a otro y, a veces, a modo de negación de la realidad, puede llegar a sentir que está soñando⁴². Es comprensible, que luego de años de convivencia juntos y experiencias compartidas, los mayores no puedan sentir la ausencia y tristeza profunda por la muerte de la pareja. Tal como lo manifiesta la participante del primer discurso, al referirse de la muerte de su esposo, y que algo en ella murió.

Contrario a la tristeza generada por la muerte de un familiar es la tristeza que ocasiona el desprecio que puedan sentir los mayores, ocasionada por los hijos y nietos. Tal como se muestra en la siguiente categoría.

CATEGORÍA II:

ALTERACIÓN DEL SUEÑO POR CONTRARIEDADES DE LA FAMILIA

1.3. Sufriendo por la indiferencia y desprecio de los hijos

La familia es una organización que acepta la individualidad de sus miembros, posee la capacidad de conocer, usufructuar y enfrentar sus derechos, pidiendo y dando apoyo a sus miembros. Pero también, puede someter a individualidades, originar crisis, conflictos y contradicciones, excluir o anular a uno de sus miembros⁴³. Por lo que se considera a la unidad básica funcional de la sociedad, pues en ella una persona se desarrolla de forma integral; sobre todo emocional, social y espiritual.

La familia sirve para brindar apoyo emocional, con amor y respeto. Y cuando existe carencia de ellos y por el contrario se instalan sentimientos negativos en algún miembro de la familia, produce soledad, amargura, desprecio, etc. Más aún si quien es receptor de estos sentimientos negativos es un adulto mayor, pues presentan una mayor labilidad y sensibilidad emocional. Tal como se denota en los siguientes discursos:

“Mis hijos me abandonaron y me dejaron sola, me siento decepcionada, no duermo bien pensando ¿que hice mal?”...“Es decir, siento que duermo poquísimo en la noche” (Cielo)

“Siento mucha tristeza porque tengo tres hijos y ninguno de ellos me viene a visitar y no se preocupan por mí; quizás por eso siento que casi no duermo” (Linda)

La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta una persona adulta mayor en alguna etapa de su vida. Aunque este estado de ánimo suele darse a cualquier edad, este sector adulto de la población es el que más lo sufre. Se pueden atribuir muchas razones por las que una persona adulta mayor pueda sentirse sola, una de ellas es cuando los hijos se van del hogar para conformar nuevas familias y las visitas se vuelven esporádicas; otra es por viudez, ante la partida de la pareja de toda la vida; y otra, más lamentable, todavía, es por abandono de la propia familia⁴⁴.

Siendo el abandono de la familia la razón por la que los adultos mayores entrevistados en la investigación han manifestado decepción y tristeza llegan al punto que por ello no pueden dormir. Una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posee una vida laboral útil y

comienza a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y trasforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanos. En donde, posiblemente anterior a la vejez ellos contribuían con el gasto de la familia. Tal como se muestra a continuación:

“Tolero con mucho dolor y tristeza el terrible carácter de mi hijo, siempre toma y llega borracho a la casa, empieza a gritarme porque no hay plata y a reprocharme que no soy nada en la vida”... “Siempre que me grita mi hijo me despierto a las 3:00am o 4:00am; ya no duermo tranquilo” (Poseidon)

La tercera edad es afectada en un principio con un abandono social familiar, es decir, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos pasan al olvido en combinación con el aislamiento desplazando al sujeto a un margen del olvido que es una persona y no un objeto que sirve para decorar el hogar⁴⁵. Tal como se evidencia en discurso anterior que el hijo grita al padre por no tener peculio ni ser alguien con un oficio en el que pueda seguir dedicándose.

El abandono tiene consecuencias sobre las personas como ser social que afectan directamente sus emociones, salud, sentimientos, estilos de vida, trayendo como consecuencia trastornos del sueño en los adultos mayores. Como por ejemplo, al no puede descansar de noche, entonces tiene necesidad de descanso durante el día. Tal como se muestra en el siguiente discurso:

“Tenemos dos nietos y uno de ellos se burla de mí, ya que soy muy lento y no puedo caminar por problemas en la pierna derecha, y porque paro cabeceando en el día” (Brisa)

Mi nieto me dice que soy una mujer que no vale para nada cuando no le doy dinero, tanto pienso en eso, que ni duermo bien todas las noches” (Viento)

El maltrato a los adultos mayores es el trato indebido o negligente a una persona de la tercera edad por otro individuo que le cause daño o lo exponga al

riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes. La violencia hacia los adultos mayores por parte de los familiares ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes. Aunque resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos, estos en nuestros días continúan siendo víctimas de la violencia familiar⁴⁶.

Encontramos que en el grupo de adulto mayor en estudio la violencia es un acto que predomina por parte de los hijos, siendo la violencia psicológica la que más manifestaciones tiene. En el adulto mayor la actividad física disminuye, por lo que es objeto de desprecio, de burla en su entorno, tal como se evidenció anteriormente. Así mismo, esta violencia no sólo es realizada por los hijos sino también por otros miembros del contexto familiar como son los nietos.

En la medida en que la ciencia avanza, la esperanza de vida tal se hace cada vez más larga, llegando a nuevas situaciones de convivencia familiar y a un proceso de envejecimiento en el marco de la familia, con los consiguientes cambios y trastornos que de ello se derivan. Dichos cambios se da en que las relaciones sociales cambian a lo largo de la vida, volviéndose más íntimas y centrándose en el ambiente familiar, llegando el anciano en la última etapa evolutiva a relacionarse fundamentalmente con su grupo familiar.

Y el grupo de pertenencia que más se mantiene con la vejez está formado básicamente por la familia consanguínea y por los componentes del hogar familiar. Debido a esta proximidad, la familia puede ser el grupo que acepta pero también

rechaza, que acoge pero también repudia a sus componentes en función de una serie compleja de variables.

Cabe destacar, que toda esta situación de violencia en el adulto mayor le ocasiona depresión, con mayor facilidad que en otra etapa de vida. Debido, a que la actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5HT_{2A} disminuye con el envejecimiento. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos⁴⁹. Siendo, los trastornos de sueño uno de los principales cambios que la depresión ocasiona en los adultos mayores.

1.4. Mi autoestima afectada me dificulta conciliar el sueño

La Autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que uno es valioso, digno, que vale la pena y que es capaz, y afirmarlo. Implica respetarse a sí mismo y enseñar a los demás a hacerlo. El adulto mayor ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras.

La vida emocional del adulto mayor sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás, que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Pues a partir de la

autoestima se proyectan la comunicación y las conductas que constituyen la base del mundo afectivo relacional.

El refuerzo de la autoestima en el adulto mayor, se sostendrá en el hecho de favorecer la apertura de la perspectiva desde sí mismo respecto a las metas alcanzadas, esfuerzos, logros y sabiduría de vida a partir de la experiencia (ampliar la autoimagen positivamente)⁵⁰. Siendo todo esto, lo que no se evidencia en la vida de los adultos mayores entrevistados, tal como se muestra en los siguientes discursos:

“Me siento disminuida, al pensar que no hice bien mi función de madre y está de más decirlo la tristeza que esto me causa” ... “Desde que siento esto ya no duermo bien, como antes lo hacía” (Estrella)

“El no hacer las cosas rápido en mi casa y estar siempre somnolienta, me hace sentir mal, ya no soy la misma de años atrás. Pienso mucho cuando era joven, quisiera retroceder el tiempo y no sentirme una inútil, ya estoy vieja y fea que ni para los gusanos voy a servir” (Brisa)

Se observa que quien experimenta baja autoestima no tiene plena confianza en las posibilidades propias, bien sea por experiencias que así se lo han hecho sentir, o por la respuesta especular de sus otros significativos, es decir, de las personas importantes en la vida del sujeto que mediante mensajes de confirmación o desconfirmación refuerzan el sí mismo o lo denigran⁴⁰. Tal como lo menciona una adulta mayor que refiere que su nieto la denigra como mujer, al decirle que o vale nada.

En el estudio *“Violencia sobre los adultos mayores: Incidencia actual en Cuba”*. Existen puntos de coincidencia entre diferentes autores en relación con los

factores que inciden en la determinación de fragilidad de los adultos mayores, concuerdan en que el perfil de la víctima adulta mayor está habitualmente caracterizado por la existencia de una persona pasiva, impotente, dependiente y vulnerable, unido a su edad avanzada, incapacidad, falta de opciones, miedo, aislamiento y baja autoestima; todos los anteriores elementos dificultan sus condiciones de vida y lo vulnerabilizan⁵¹.

La autoestima, debería ser un valor que todo adulto mayor goce. Por ello es importante reforzarlo, y así evitar el insomnio a causa de ello, tal como se ha evidenciado en este estudio. Siendo la familia, el principal soporte y sostén emocional.

Contrario, a la dimensión emocional que influye en el insomnio del adulto mayor; la dimensión cultural y social también influye, tal como se analizará en la siguiente categoría:

CATEGORÍA III:

PATRONES DE SUEÑO Y COSTUMBRES EN LOS ADULTOS MAYORES

La inadecuada satisfacción de la necesidad de sueño en nuestros mayores puede considerarse un problema de especial repercusión dadas sus consecuencias para su salud y calidad de vida. En la mayoría de los casos es el resultado del propio proceso de envejecimiento, en el que tienen lugar una serie de cambios biológicos que tienden a reducir la intensidad, duración y continuidad del sueño²⁴.

Una costumbre es una característica propia de la sociedad, por lo general, se trata de un evento o una situación repetitiva, haciendo de la continuidad de esta una tradición o costumbre. Una costumbre por lo general viene dada por las características propias de la cultura del entorno social que la maneja⁵².

Con la edad, los patrones de sueño tienden a cambiar. La mayoría de las personas encuentran que el proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño. Se despiertan con más frecuencia durante la noche y se levantan más temprano por la mañana. Tal como se muestra en los siguientes discursos:

“Se me va el sueño a las 3:30 am porque ya vengo por años trabajando en el regadío y ya se me hizo costumbre a levantarme a esa hora aunque ya no esté trabajando, me despierto y barro el cuyero” (Arena)

“Desde niña siempre he trabajado en la chacra de mi papa, y él nos enseñó que el que madruga Dios lo ayuda; así que siempre me levanto a las 4am a limpiar mi casa y preparar el desayuno de mi hijo que se va a trabajar en la Empresa de Pucalá” (La aurora)

“Por falta de agua en nuestra empresa, me levanto a las 4am, para lavar los servicios de cocina y hervir mi agüita para el desayuno” (Despertad)

“Todos los días me baño a las 5am, porque ya estoy acostumbrado a salir a trabajar desde más temprano pero ahora la cama ya me aburre” (Trabajador)

El tiempo total de sueño se mantiene igual o disminuye ligeramente (6.5 a 7 horas por noche). Puede ser más difícil quedarse dormido y pasar más tiempo total en la cama. La transición entre el sueño y despertarse con frecuencia es abrupta, lo

que hace que las personas mayores sientan que tienen un "sueño más ligero" que cuando eran jóvenes⁵³.

Se pasa menos tiempo durmiendo profundamente y sin soñar. Las personas mayores se despiertan en promedio de 3 a 4 veces cada noche. También son más conscientes del hecho de estar despierto. Las personas mayores se despiertan con más frecuencia porque pasan menos tiempo en el sueño profundo. Otras causas incluyen la necesidad de levantarse a orinar (nicturia), ansiedad e incomodidad y dolor por enfermedades crónicas.

Según Cruz M., en el estudio *“Trastornos del sueño en el adulto mayor en la Comunidad”*, concluyó que el tipo más frecuente de Trastorno de sueño resultó ser el insomnio. Padeciendo alrededor de la mitad de la población anciana en régimen ambulatorio tiene trastornos de sueño muy en relación a trastornos psicoafectivos de los pacientes⁵.

Constituyéndose las costumbres un hecho arraigado en los adultos mayores, aprendidos y vividos durante su vida pasan a formar parte de su contexto familiar y social, marcando conductas en su diario vivir, conllevando algunos de estos actos a que se vean afectados la calidad de sueño. Sin embargo, la privación del sueño con el tiempo puede ocasionar confusión y otros cambios mentales. Sin embargo, esto se puede tratar. Usted puede disminuir los síntomas cuando duerme lo suficiente. Los problemas del sueño también son un síntoma común de depresión. Consulte a un proveedor de atención médica para averiguar si la depresión u otro problema de salud están afectando su sueño⁵⁴.

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

5.1. Consideraciones Finales

El miedo es una emoción negativa que se produce como reacción ante la llegada rápida, intensa e inesperada de una situación que perturba el buen dormir, como la delincuencia, tal como lo manifestaron los adultos mayores del C.S. Pósope Alto.

La tristeza por la muerte de un familiar, ya sea esposo o hijo, es una de las experiencias más difíciles que cualquier persona puede vivir, y para un adulto mayor la vida cambia de un momento a otro y, a veces, a modo de negación de la realidad, lo que ha generado insomnio o dificultad para conciliar el sueño a dos adultos mayores entrevistados.

La familia sirve para brindar apoyo emocional, con amor y respeto a un adulto mayor; y cuando existe carencia de ellos se instalan sentimientos negativos, produciendo soledad, amargura, desprecio, etc. En un adulto mayor el desprecio, tal como se ha manifestado en los discursos, les ocasiona una mayor labilidad y sensibilidad emocional, dificultando el buen dormir.

La vida emocional del adulto mayor sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás, que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. En la investigación la autoestima de los adultos mayores se ve afectada por alguna discapacidad física, lo que le ha ocasionado insomnio.

Finalmente, con la edad, los patrones de sueño de los adultos mayores entrevistados tienden a cambiar. Pues, durante el proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño; se despiertan con más frecuencia durante la noche y se levantan más temprano por la mañana.

5.2. Recomendaciones

A las autoridades y trabajadores del C. S. Pósope Alto, prestar mayor énfasis a la etapa de vida adulto mayor, recordando que al igual que los otros grupos etáreos merecen la misma importancia y atención, procurando tratárseles en forma holística, autónoma, integral, y equitativa, preocupándonos de entender al adulto mayor como un ente biopsicosocial que se desenvuelve en un entorno, por lo tanto abandonar la concepción de tratar sus dolencias en forma superflua, generando de esta manera marcada mejoría en su forma de vida.

Al Gerente Regional de Salud de Lambayeque, a incorporar los programas correspondientes a la etapa de vida adulto mayor en forma estratégica dentro de la programación del Presupuesto por Resultados (PPR), rediseñando la organización de esta Etapa de Vida a partir de un responsable, conocedor amplio de las carencias organizacionales con intención de mejora continua del Programa, sirviendo como guía a los demás responsables en los distintos establecimientos de Salud trabajando conjuntamente para futuras actividades ofrecidas a los adultos mayores.

A la Facultad de Enfermería de la Sección Post Grado, desarrolle actividades de prevención y promoción de la salud, con la generación de conocimiento teórico – práctico que permita en el adulto mayor y en las personas al cuidado de ellas modificar estilos y hábitos, repercutiendo directamente en su

calidad vida. La Universidad como ente rector del conocimiento tiene la obligación de incentivar a la comunidad estudiantil en la realización de proyectos dirigidos a los adultos mayores y de la misma manera incentivándoles a estudiar la Segunda Especialidad de Geriatría y Gerontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Censos Nacionales: XI de Población y VI de Vivienda. [Online].; 2007 [cited 2016 09 18. Available from: <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/>.
2. Fernández. Ensayos sobre alteraciones de sueño en adultos mayores. Revista de enfermería global. 2007.
3. Fuentes P. La mitad de los adultos mayores tiene problemas para dormir. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. [Online].; 2012 [cited 2017 8 16. Available from: <http://www.socgeriatria.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=60>.
4. Fritsch R, Lahsen P, Romeo R, Araya R, Rojas G. Trastornos del sueño en la población adulta de Santiago de Chile y su asociación con trastornos psiquiátricos comunes. Actas Esp. Psiquiatria. 2010; 38(6).
5. Cruz M. Trastornos del sueño en el adulto mayor en la comunidad. Hospital Abel Santa María Cuadrado, Cuba. [Online].; 2008 [cited 2016 Julio 23. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942008000200014&script=sci_arttext.
6. Pando M, Aranda C, Aguilar M, Mendoza P, Salazar J. Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor. Cad. Saúde Pública. 2001 Junio; 17(1).
7. Chávez L, Núñez I, Díaz C. Trastornos del sueño en el adulto mayor: un problema en aumento. Acta Médica Peuana. 2012; 29(3).
8. Tello T, Varela L, Ortiz P, Chávez H, Revoredo C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. [Online].; 2009 [cited 2017 Enero 29. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a08v26n1.pdf>.
9. Franquet M. Persona, acción y libertad: Las claves de la antropología de Karol Wojtyla. Universidad de Navarra; 2006.

10. Kozier B, Erb R, Olivieri R. Descanso y sueño. In Kozier B. Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. Octava ed. Madrid: Graw-Hill Interamericana; 2014.
11. García L, María V. Enfermería Geriátrica. Primera ed. España: Lexus; 2012.
12. Milched H. Enfermería Geriátrica. Cuidado de Persona Anciana Madrid: Editoial Paraninfo; 1998.
13. Brunner L. Enfermería Médico- Quirúrgico. Novena ed. México: Interamericana Mc.Graw-Hill; 2002.
14. Quintanilla M. Enfermería Geriátrica. Cuidados Integrales del Anciano. Primera ed.: Instituto MONSA.
15. Quintanilla J, Portillo C. La violencia delincuencial asociada a la salud mental en la población salvadoreña. Revista de psicología. 2014; 32(1).
16. San Martin C. La Espiritualidad en el Proceso de Envejecimiento del Adulto Mayor. [Online].; 2008. Available from: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08_v1pp103_120.pdf.
17. Kohan A, Torassa J, Fotea L. Espiritualidad en el Adulto Mayor. [Online].; 2009. Available from: http://www.gerontogeriatria.org.ar/pdf/ESPIRITUALIDAD_EN_EL_ANCIANO.pdf. DIA.
18. Marriner A. Modelos y Teorías en Enfermería España: Mosby/Doyma Libros; 2007.
19. Potter P, Perry A. Fundamentos de Enfermería Madrid: Mosby/Doyma; 2015.
20. Fuentes P. La mitad de los adultos mayores tiene problemas para dormir. [Online].; 2012. Available from: <http://www.socgeriatria.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=60>.
21. Carrasco I. Trastornos del sueño en personas mayores. [Online].; 2011 [cited 2016 10 18. Available from:

<http://www.cinteco.com/profesionales/2011/09/01/trastornos-del-sueno-en-personas-mayores-1%C2%AA-parte/>.

22. Gonzáles P. Alteraciones del sueño. In Ribera J, Cruz A. Geriatria en Atención Primaria. Madrid: Ediciones Aula Médica; 2002. p. 287-95.
23. Kozier B, Erb G, Olivieri R. Descanso y sueño. In Kozier B. Fundamentos de Enfermería, Conceptos, procesos y práctica. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana; 2014.
24. Fernández A, Vásquez E. El sueño en el anciano: atención de enfermería. Revista electrónica semestral de Enfermería: Enfermería Global. 2007 Jun; 10.
25. Alessi C. Trastornos del sueño en adultos mayores. Medwave. 2008 Abril; 8(3).
26. Pinedo E, Otros. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Segunda ed. Washington: OPS; 2008.
27. Ludke M, Marli A. El estudio de caso: su potencial en educación Brasil; 1986.
28. Ludke M, Marli A. El estudio de caso: su potencial en educación Brasil; 1986.
29. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud Mexico: Interamericana Mc Graw Hill; 1997.
30. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido: Piados comunicación; 1990.
31. Tójar J. Investigación cualitativa: comprender y actuar Madrid: La Muralla; 2006.
32. Sgreccia E. Manual de Bioética Madrid: Biblioteca de autores cristianos; 2009.
33. Ayala L, Rodríguez D. Calidad del sueño en adultos mayores residentes de tres hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá en el primer semestre del 2009. Bogotá; 2009.

34. Benetó A. Trastornos del sueño en el anciano. *Rev Neurol.* 2000; 30(6).
35. Rodríguez C. Insomnio y miedos relacionados con el sueño. [Online].; 2016. Available from: <https://apolpunset.fundacionmapfre.org/insomnio-y-miedos-relacionados-con-el-sueno>.
36. La nueva España. Somnifobia, miedo a ir a dormir. [Online].; 2015 [cited 2016 12 18]. Available from: <http://www.lne.es/vida-y-estilo/salud/2015/04/13/somnifobia-o-miedo-dormir/1740565.html>.
37. Polo L. Sentimientos profundos Sevilla: Editorial Negusa; 2014.
38. Saavedra A. Violencia y salud mental. *Acta Médica Peruana.* 2004; 21(1).
39. Perú.com. Estallan granada en casa de gobernadora de Pósope Alto. [Online].; 2012. Available from: <https://peru.com/2012/09/02/actualidad/nacionales/chiclayo-estallan-granada-casa-gobernadora-posope-alto-noticia-84021>.
40. Villagra L. Baja autoestima. [Online].; 2008. Available from: <http://www.geocities.com/psicoresumenes/articulos/timidez.htmç>.
41. Arroyo M, Soto L. La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. 2013; 26(2).
42. Landa. Duelo de pareja. [Online].; 2010. Available from: http://www.fisterra.com/salud/1infoConse/dueloMujer_exitusPareja.asp.
43. Bustamante S. Principios del cuidado a partir del saber común de las familias Trujillo; 2009.
44. López O. Adultos mayores entre la soledad y el abandono. [Online].; 2014. Available from: <http://rpp.pe/lima/actualidad/adultos-mayores-entre-la-soledad-y-el-abandono-noticia-663339>.
45. Gutiérrez G. Abandono de la tercera edad en la familia. [Online].; 2015. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml#ixzz4BErfRYMu>.
46. Tolentino N. Violencia Familiar desde una Perspectiva de Género: Consideraciones para la acción Lima: Editorial Promudeh; 2010.

47. Martina , Otros. Violencia hacia el adulto mayor: Centros Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. [Online].; 2010. Available from:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a04v14n3.pdf.
48. Vidal , Clemente. Familia y Tercera Edad: variables predictoras del abandono del anciano. [Online].; 2008. Available from:
<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/5474/3110>.
49. Aguilar S, Avila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Medigraphic. 2007; 143(2).
50. Luz H. Autoestima del adulto mayor. [Online].; 2009. Available from:
<http://factoresdelautoestima.blogspot.pe/>.
51. Pérez N. Violencia sobre los adultos mayores: incidencia actual en cuba. [Online].; 2012. Available from:
www.uv.es/iccp/recrim/recrim12/recrim12a03.pdf.
52. Gonzáles L. Costumbres. [Online].; 2012 [cited 2016 01 17. Available from:
<http://conceptodefinicion.de/costumbre/>.
53. Hurd R. Cambios en el sueño por el envejecimiento. [Online].; 2014 [cited 2016 11 29. Available from:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004018.htm>.
54. Madline Plus. Cambios en el sueño por el envejecimiento. [Online].; 2017 [cited 2017 05 18. Available from:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004018.htm>.

APÉNDICE

APÉNDICE 1: GUÍA DE ENTREVISTA

ENTREVISTA SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON ALTERACIONES DEL SUEÑO QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PÓSOPE ALTO

OBJETIVO:

Mediante la siguiente entrevista pretendemos identificar y analizar las principales experiencias de los adultos mayores con alteraciones del sueño. Tiene por objeto recolectar información con fines de investigación por lo que se le solicita emitir datos verdaderos y serios al respecto.

DATOS INFORMATIVOS:

- Seudónimo: _____
- Edad: _____
- Estado Civil: _____
- Nivel Educativo: _____
- Ocupación: _____

PREGUNTA ORIENTADORA:

- ¿Que experimenta Ud., cuando no puede dormir bien?

¡Gracias por su colaboración!

APÉNDICE 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente:

Yo,....., acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: “*Experiencias de adultos mayores con alteraciones del sueño que acuden al Centro de Salud Pósope Alto, Chiclayo 2017*”, realizado por la Lic. Fiorella Guerrero Vílchez de la Sección de Postgrado de la Segunda Especialidad “Cuidados de Enfermería en Geriátrica y Gerontología”; estando de acuerdo con la utilización de los datos de mi cuestionario para los fines de la investigación.

Declaramos que fuimos informados de los siguientes aspectos:

1. Nuestra participación será voluntaria y que concordamos con la utilización de datos de la entrevista para fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente analizada por la investigadora.
3. La investigadora estará disponible para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.
4. Tendrá el derecho de retirar el consentimiento de su participación cuando lo desee.

Lambayeque,.....del 2016.

Entrevistador
DNI:

Entrevistado
DNI:

Patrón del sueño	Estructura del sueño		
Tiempo en la cama	Aumenta	NREM:	
Tiempo total de sueño	Constante	Fase I	Aumentado.
Tiempo de sueño nocturno	Disminuye	Fase II	Variable (suele descender)
Tiempo en dormirse	Aumenta	Fase III y IV	Disminuidos
Despertares nocturnos	Aumentan	REM	Disminuido, como consecuencia del menor tiempo de sueño nocturno.
Cabezadas diurnas	Aumentan		
Rendimiento del sueño	Disminuye		

Modificado de: González Gil P²².

Según la clasificación de la Asociación Americana de los trastornos del sueño, se dividen en:

<i>Disomnias</i>	<i>Parasomnias</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Insomnios - Narcolepsia–Cataplejia - Desvelo Patológico - Hipersomnios patológicos - Somnosis (Tripanosomiasis, tumores, traumas e Hipotiroidismo) - Klein–Levin - Hipersomnio Idiopático 	<ul style="list-style-type: none"> - Angustias nocturnas - Terror nocturno - Pesadillas - Despertar ansioso - Sonambulismo - Enuresis - Epilepsia nocturna - Ritmias del sueño - Parálisis del sueño - Sobresaltos somnolescentes - Paroxismos sensoriales
<i>Alteraciones del Ritmo Circadiano</i>	

<ul style="list-style-type: none"> - Patrón irregular del ciclo vigilia-sueño - Síndrome de adelanto de fase - Síndrome de retraso de fase - Inversión del ciclo sueño-vigilia 	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de las piernas inquietas (SPI) - Movimientos periódicos de las piernas (MPP) - Fenómenos estáticos - Posición hipertónica - Posición de muerto - Cabeza colgando - Brazos estirados - Posición arqueada - Dormir con los ojos abiertos - Dormir el niño en la cama paterna - Bruxismo - Apneas del sueño (SARVAS, SAOS)
Otros	
<ul style="list-style-type: none"> - Epilepsia nocturna 	