



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Asociación entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio en adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría de un hospital general

Association between subjective insomnia complaints and the clinical diagnosis of insomnia in older adults attending a geriatric outpatient clinic at a general hospital

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GERIATRÍA

AUTOR

GILARY MARCIA MAQUITO MONTOYA

ASESOR

MIGUEL GALVEZ CANO

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	MAQUITO MONTOYA GILARY MARCIA

Pertencientes al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GERIATRÍA**, autor del proyecto de investigación titulado: **Asociación entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio en adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría de un hospital general**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GERIATRÍA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	GALVEZ CANO MIGUEL	Medicina	Asesor
2.			

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **24%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3590770468**; fecha de entrega: **09/06/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 09 de junio de 2026.**

Firma del asesor
N° DNI: 09675231
ORCID: 0000-0001-8940-8763

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

1. RESUMEN

El insomnio es un trastorno del sueño común que afecta al 13-47% de los adultos mayores en el Perú, cifra que aumenta al 74% si se consideran las quejas subjetivas de insomnio. Es fundamental distinguir entre ambos para evitar tratamientos farmacológicos innecesarios en pacientes que no cumplen criterios formales de insomnio. Objetivo: Determinar la asociación entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio en adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría de un hospital general de septiembre a noviembre del 2026. Material y métodos: Estudio observacional, analítico y de corte transversal, correspondiendo al diseño de estudio de prevalencia analítico. La población estará constituida por adultos mayores que acudan a consultorio de geriatría de un hospital general. La muestra será de 273 adultos mayores. La exposición de interés será la presencia de subjetiva de insomnio y el desenlace será el diagnóstico clínico de insomnio. Se comparará la prevalencia del diagnóstico clínico de insomnio entre pacientes con y sin queja subjetiva de insomnio. El diagnóstico de insomnio se establecerá usando los criterios del DSM-5-TR, complementando con la escala de somnolencia de Epwtoth. Para el análisis estadístico se calcularán frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión. La asociación entre las variables se estimará mediante razón de prevalencias con intervalo de confianza al 95%, lo cual se estimará mediante regresión de Poisson. Se utilizará el programa Microsoft Excel 2016 y posterior se analizará en el programa Epidat v4.2.

Palabras claves: Insomnio, queja subjetiva de insomnio, adulto mayor.

2. INTRODUCCIÓN:

El insomnio es un trastorno del sueño muy frecuente, sobre todo en la población adulta mayor, actualmente se considera un problema de salud pública por su impacto en la calidad de vida, funcionalidad y salud mental (1).

En la práctica clínica, habitualmente el insomnio se presenta como una “experiencia subjetiva”, caracterizada por la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, dificultad para conciliar, mantener el sueño o despertares precoces (1).

Es importante diferenciar entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio. La “queja subjetiva de insomnio” se refiere a la percepción individual de alguna alteración del sueño, como dificultad para dormir o despertares nocturnos (1). Se debe tener en cuenta que estos síntomas son muy frecuentes en los adultos mayores y que no siempre se perciben como un problema, ya que en la mayoría de los casos no provocan un malestar significativo ni afectan el funcionamiento durante el día (2).

Cuando estas quejas subjetivas de insomnio se asocian a consecuencias diurnas como: fatiga, malestar, somnolencia, problemas de conducta, irritabilidad, disminución de la motivación, deterioro en la atención, concentración o memoria, ya puede considerarse un problema mayor de salud (2). El diagnóstico de insomnio, considerando los criterios de DSM-5-TR, es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño: dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño, despertar temprano en la mañana con incapacidad para volver a dormir asociado a quejas diurnas y un impacto negativo del funcionamiento durante el día, que ocurre al menos tres veces por semana en un lapso de tres meses, pese a tener las condiciones adecuadas para dormir (2,3).

Existe una distribución de la tipología clínica del insomnio, que consiste en: conciliación, que es la dificultad para iniciar el sueño, mantenimiento, que es la dificultad para mantener el sueño y despertar precoz, cuando se despierta entre treinta minutos y dos horas antes de la hora habitual de levantarse (4).

El diagnóstico y evaluación del insomnio es clínico, mediante una anamnesis minuciosa que incluye preguntas sobre problemas de sueño como: hora de acostarse, hora de conciliar el sueño, número y duración de despertares nocturnos, hora de levantarse y duración de las siestas; además de su impacto durante el día como la presencia de fatiga o malestar, deterioro en la atención, concentración o memoria, alteraciones del estado de ánimo o irritabilidad, reducción de la motivación, energía, disfunción social, ocupacional o académica, tendencia a errores o accidentes, cefalea tensional o síntomas gastrointestinales (5), así como la identificación de posibles factores relacionados como la presencia de algunas comorbilidades que incluya historial psiquiátrico (6).

De igual forma puede complementarse con herramientas como diarios de sueño, o escalas validadas que faciliten la evaluación de las consecuencias diurnas de un trastorno de sueño como el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh, Índice de gravedad del insomnio y Escala de somnolencia Epworth que evalúa somnolencia diurna en los pacientes; en casos específicos se realizan otro tipo de estudios complementarios como la polisomnografía, que no se considera un estudio de rutina, sino se indica en casos de insomnio crónico que es refractario a tratamiento y somnolencia diurna excesiva, pese a tener las horas adecuadas de sueño, y cuando se sospecha de otros trastornos primarios de sueño como trastornos periódicos de

movimiento de extremidades o trastornos respiratorios relacionados con el sueño como el síndrome de apnea obstructiva de sueño (7).

El insomnio a nivel mundial tiene una prevalencia en población general del 10% al 15%, pero se ha visto que hay una mayor frecuencia en los adultos mayores, estimando que hasta el 50% de las personas mayores de 60 años tienen algún síntoma relacionado con insomnio (1). Sin embargo, entre el 10% al 20% de adultos reportan quejas de sueño clínicamente relevantes, mientras que el insomnio diagnosticado afecta aproximadamente a un 25% de la población adulta mayor (1,8) con una mayor afectación a la población femenina.

En el Perú, el insomnio representa un problema frecuente, entre 25% al 35% de adultos presentan síntomas de insomnio como fatiga, somnolencia diurna e irritabilidad (9). Además, se encontró que los adultos mayores reportan hasta un 74% de mala calidad de sueño, somnolencia diurna y hábitos de sueño inadecuado (10). En este grupo etario, la prevalencia de insomnio fluctúa entre el 13% al 47%, lo cual refleja una carga significativa de esta condición en la población geriátrica peruana (11).

El insomnio en adultos mayores se considera multifactorial, es necesario entender que hay cambios fisiológicos como la disminución de las horas de sueño, cambios en la duración, patrón y estructura del sueño (12), disminución del impulso homeostático del sueño, presencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas, polifarmacia, mayor frecuencia de trastornos primarios de sueño, factores conductuales, ambientales y sociales, hábitos de sueño inadecuado y alteración del ritmo circadiano que conlleva a horas de acostarse más temprano, mayor fragmentación del sueño, siestas más frecuentes, despertares más temprano y sueño

más ligero (8,12,13). Habitualmente estos factores interactúan entre sí, lo cual favorece que aparezca y se perpetúa el insomnio en esta población.

Por todo lo expuesto, es necesario conocer las diferencias entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio, debido a que no todos los pacientes presentan alteraciones diurnas o funcionales que cumplen los criterios formales de insomnio.

Esta diferencia puede condicionar la toma de decisiones clínicas, sobre todo en el abordaje terapéutico farmacológico. En las personas adultas mayores, el uso de fármacos para el insomnio debe evaluarse y orientarse con cautela, debido al mayor riesgo de efectos adversos, interacciones medicamentosas y el compromiso funcional, por ello, es fundamental identificar adecuadamente a los pacientes que obtendrán un beneficio real, en los casos de queja subjetiva de insomnio se puede tratar solo con higiene de sueño y educación y en caso de diagnóstico clínico de insomnio además de lo anterior se puede implementar manejo farmacológico.

Por lo anterior mencionado, nos planteamos como pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio en adultos mayores que acuden al consultorio de un hospital general durante los meses de septiembre a noviembre del 2026?

3. OBJETIVOS:

a) Objetivo principal:

- Determinar la asociación entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio en adultos mayores que acuden a

consultorio de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de setiembre a noviembre del 2026.

b) Objetivos secundarios:

- 1) Determinar la frecuencia de queja subjetiva de insomnio en adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría.
- 2) Determinar la frecuencia del diagnóstico clínico de insomnio en adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría.
- 3) Describir la distribución de la tipología clínica del insomnio en adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría.

4. MATERIAL Y MÉTODO:

a) Diseño del estudio

Tipo de estudio: Estudio observacional, analítico y de corte transversal, correspondiendo al diseño de estudio de prevalencia analítico.

La exposición de interés será la presencia de queja subjetiva de insomnio y el desenlace será el diagnóstico clínico de insomnio. Se comparará la prevalencia del diagnóstico clínico de insomnio entre pacientes con y sin queja subjetiva de insomnio.

b) Población

La población estará conformada por adultos mayores (de 60 años a más) que acudan a consultorio de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de setiembre a noviembre del 2026.

La muestra se dividirá en dos grupos de estudio que se formarán tras la recolección de datos. El Grupo 1 serán aquellos que presenten la queja subjetiva de insomnio,

y el Grupo 2 por aquellos que no la presenten. En ambos grupos se evaluará y comparará la prevalencia de diagnóstico clínico de insomnio. Para la selección de los participantes se aplicarán los siguientes criterios:

Criterios generales de selección de la muestra fuente

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años o más.
- Pacientes que acuden a consultorio de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de estudio.
- Pacientes que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- Pacientes con capacidad para responder el instrumento de evaluación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico clínico previo de insomnio, trastornos primarios de sueño o uso de medicación para insomnio.
- Pacientes dependientes totales para las actividades básicas de la vida diaria (Katz G).
- Pacientes con deterioro cognitivo severo que impida la adecuada recolección de la información.
- Pacientes con hipoacusia severa.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos descompensados.
- Pacientes con condiciones médicas crónica descompensadas o agudas graves al momento de la evaluación.
- Pacientes con hospitalización reciente menor a tres meses.

Criterios específicos por Grupo:

Grupo 1 (Población 1): Personas que refieran dificultad para conciliar el sueño, incapacidad para mantener el sueño o despertar precoz de manera espontánea.

Grupo 2 (Población 2): Personas que nieguen presentar dificultades subjetivas con el sueño.

c) Muestra

Cálculo de la muestra:

Se realizó un cálculo de muestra para comparación de proporciones independientes en el programa estadístico Epidat v4.2, dado que este estudio tiene como objetivo evaluar la asociación entre queja subjetiva de insomnio y la proporción del diagnóstico clínico insomnio.

Asumiendo que la prevalencia de insomnio clínico que se espera encontrar fluctúa en torno al 30% (11), se espera encontrar en el grupo que tiene queja subjetiva de insomnio una prevalencia del 40% y en el grupo que no tiene queja subjetiva de insomnio del 20%. Además, se consideró una prevalencia del 50% de los participantes presente queja subjetiva de insomnio, un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%.

El cálculo resultó en un tamaño muestral total de 218 participantes, correspondiendo 109 al Grupo 1 y 109 al Grupo 2. Considerando un 20% adicional por posibles pérdidas o datos incompletos, el tamaño de muestra total requerido a evaluar es de 273 participantes. El procedimiento detallado se describe en el Anexo 1.

Tipo de muestreo:

Se empleará un muestreo probabilístico sistemático. Para ello, se considera un flujo promedio de 20 pacientes por día en el consultorio de geriatría, el tamaño muestral requerido (273) y un intervalo de selección aproximado de 2. Cada día, se elegirá al azar un punto de inicio entre el primero y el segundo paciente de la lista de atención, y a partir de este se incluirá a uno de cada dos pacientes que acudan al consultorio. Los pacientes que no cumplan criterios de elegibilidad o que no acepten participar no serán reemplazados, manteniéndose el esquema de selección con el fin de preservar la naturaleza probabilística del muestreo. El proceso de reclutamiento continuará hasta alcanzar el tamaño muestral de 273 participantes.

d) Definición operacional de variables: Descrito en el Anexo 2.

e) Procedimientos y técnicas:

La recolección de datos se realizará en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante los meses de septiembre a noviembre del 2026.

Primero se identificará a los adultos mayores que acudan a consultorio de geriatría y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, luego se explicará a cada participante el propósito del estudio, los procedimientos a realizarse y los derechos que le asisten como participante, tras lo cual se solicitará la firma del consentimiento informado (Anexo 6).

Al aceptar la participación en el estudio, se aplicará la encuesta mediante la ficha de recolección de datos (Anexo 7), mediante la cual se determinará si el paciente

presenta queja subjetiva de insomnio y si cumple criterios para el diagnóstico clínico de insomnio.

En cuanto a la evaluación de la queja subjetiva de insomnio, se usará el autorreporte del paciente sobre su percepción en cuanto a la dificultad para iniciar o mantener el sueño, presencia de despertares nocturnos o sensación de sueño no reparador.

Para el diagnóstico clínico de insomnio se establecerá usando los criterios clínicos del DSM-5-TR, teniendo en cuenta la frecuencia, duración y repercusión diurna de los síntomas, Para evaluar el impacto diurno, se empleará la Escala de somnolencia de Epworth (14).

Adicionalmente se recogerán variables sociodemográficas como edad y sexo, así como la tipología clínica del insomnio cuando corresponda.

Finalmente, la información será digitalizada en una base de datos para el análisis estadístico.

f) Aspectos éticos del estudio:

Este protocolo será evaluado y posteriormente aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia antes del inicio de la recolección de datos.

Se respetarán los principios éticos ya establecidos en la Declaración de Helsinki para la investigación en seres humanos.

Se informará a los participantes cual es el objetivo del estudio, los procedimientos a realizarse y se solicitará la firma del consentimiento informado antes de incluirlos en el estudio.

La participación será voluntaria, explicando que los participantes tienen derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que eso afecte o interrumpa su atención médica.

Se garantizará la confidencialidad de la información recolectada, la cual se usará exclusivamente para fines de investigación.

g) Plan de análisis

Los datos que se obtendrán se registrarán en una base de datos en Microsoft Excel del paquete ofimático de Microsoft Office Professional Plus 2016 y posterior se analizará en el programa Epidat v4.2.

Las variables cualitativas se describirán por frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Las variables cuantitativas se analizarán mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y de dispersión (desviación estándar o rango intercuartílico), según la distribución de los datos.

Para el análisis de asociación, se comparará la prevalencia del diagnóstico clínico de insomnio entre el Grupo 1 y Grupo 2, calculándose la Razón de Prevalencias (RP) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%) como medida de asociación. Dado que el desenlace es frecuente, la RP se estimará mediante regresión de Poisson con varianza robusta. Para ello se considerará un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013;309(7):706–716. doi:10.1001/jama.2013.193.
- 2) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
- 3) American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed., text revision (ICSD-3-TR). Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2023.
- 4) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo, Comunidad de Madrid; 2009. (Guías de práctica clínica en el SNS: UETS No. 2007/5-1).
- 5) Perlis ML, Posner D, Riemann D, Bastien CH, Teel J, Thase M. Insomnia. *Lancet*. 2022;400(10357):1047-60. doi:10.1016/S0140-6736(22)00879-0.
- 6) Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the elderly: a review. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(6):1017-1024. doi:10.5664/jcsm.7172.
- 7) Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146(5):1387-1394. doi:10.1378/chest.14-0970.
- 8) Budiman, Susanty S, Hasan F, Apriliyasari RW. Comparative insomnia prevalence between geriatrics lived in urban and rural areas: a multicenter nationwide study analysis. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2385. doi:10.1186/s12889-024-19876-x.
- 9) Ministerio de Salud. Se estima que alrededor del 35% de peruanos adultos padece de insomnio [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2022 [citado 2026 Abr 15]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/42685-se-estima-que-alrededor-del-35-de-peruanos-adultos-padece-de-insomnio>.
- 10) Tello T, Varela L, Ortiz P, Chávez H. Calidad del sueño en adultos mayores en Lima, Perú. *Acta Med Peru*. 2009;26(1):5-9.
- 11) Doghramji K. The epidemiology and diagnosis of insomnia. *Am J Manag Care*. 2006;12(8 Suppl):S214-S220.
- 12) Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ. Principles of neural science. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2013.
- 13) Cohen ZL, Eigenberger PM. Insomnia and other sleep disorders in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2022;45(4):717-734. doi:10.1016/j.psc.2022.07.002.
- 14) Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-545. doi:10.1093/sleep/14.6.540.
- 15) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016.

16) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23(10):433-441. doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x.

6. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

a) Presupuesto: tipo autofinanciado

	MEDIDA	COSTO UNITARIO (S/)	CANTIDAD	COSTO TOTAL (S/)
RECURSOS HUMANOS				
Investigadores		0		0
MATERIALES E INSUMOS				
Lapiceros	Unidad	1	20	20
Papel Bond A4	½ millar	15	1	15
Tablero	Unidad	8	5	40
Archivador	Unidad	10	5	50
SERVICIOS				
Internet		80	1	80
Transporte	Unidad	10	30	300
Impresiones	Unidad	0.30	10	3
Copias	Unidad	0.10	400	40
TOTAL				548

b) Cronograma de actividades

Actividades		2025			2026											2027		
		Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
1	Diseño y elaboración de protocolo	X	X	X	X	X	X	X										
2	Aprobación de protocolo									X	X	X						
3	Recolección de datos												X	X	X			
4	Análisis estadístico																X	
5	Elaboración del informe																X	
6	Presentación del informe																X	
7	Publicación del informe																	X

7. ANEXOS

Anexo 1: Fórmula muestral

Datos:

Proporción esperada en:	
Población 1:	40,000%
Población 2:	20,000%
Razón entre tamaños muestrales:	1,00
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
90,0	109	109	218

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 sin corrección por continuidad.

Anexo 2: Definición operacional de variables

Variable	Definición operacional	Criterios de definición	Tipos de variable	Escala de medición
Edad	Persona que cronológicamente tiene \geq 60 años	Número de años	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Sexo biológico con la que nace una persona	0. Femenino 1. Masculino	Cualitativa	Nominal
Diagnóstico clínico de Insomnio	Criterios de DSM-5-TR: Queja subjetiva de sueño y compromiso diurno (Escala de somnolencia de Epworth (14)) *ver Anexo 3	Sí No	Dicotómico	Nominal

Queja subjetiva de sueño	Cualquiera de las siguientes: Queja de demora en conciliar el sueño, incapacidad para mantener el sueño, despertar temprano	Sí No	Dicotómico	Nominal
Duración del problema de sueño	Más de 3 meses	Sí No	Dicotómico	Nominal
Frecuencia de los síntomas	Más de 3 días a la semana	Sí No	Dicotómico	Nominal
Katz (15) *Ver anexo 4	Alteración funcional severa	G: No A-F: Sí	Dicotómico	Nominal
Pfeiffer (16) *Ver anexo 5	Deterioro cognitivo severo	8 errores: No 1-7 errores: Si	Dicotómico	Nominal

Comorbilidad crónica descompensada o aguda severa	Cualquier condición neurológica, cardíaca, pulmonar, renal descompensada al momento de la evaluación	Si No	Dicotómico	Nominal
--	--	----------	------------	---------

Anexo 3: Escala de somnolencia de Epworth (14)

Cuestionario EPWORTH

¿Qué tan probable es que te quedes dormido o te adormezcas en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse solo cansado? Esto se refiere a tu estilo de vida en los últimos años. Aunque no hayas hecho algunas de estas cosas recientemente, intenta calcular cómo te habrían afectado.

Usa la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = nunca me quedaría dormido.
- 1 = ligera posibilidad de quedarme dormido.
- 2 = posibilidad moderada de quedarme dormido.
- 3 = alta posibilidad de quedarme dormido.

Situación	Posibilidad de dormir
Sentado y leyendo.	
Viendo la televisión.	
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión).	
Como pasajero en un auto durante una hora sin descanso.	
Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	
Sentado y hablando con alguien.	
Sentado tranquilamente después de almorzar, sin tomar alcohol.	
En un auto, mientras está detenido unos minutos en el tráfico.	
Puntuación total (máximo 24 pts)	

Fuente: Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep. 1991;14(6):540-545. doi:10.1093/sleep/14.6.540.

Anexo 4: Índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria (15)

Índice de Katz

El índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria se basa en una evaluación de la independencia o dependencia funcional de los pacientes en bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, continencia y alimentación. Las definiciones específicas de independencia y dependencia funcional aparecen debajo del índice.

- A - Independiente en alimentación, continencia, traslado, uso del baño, vestirse y bañarse.
- B - Independiente en todas menos en una de estas funciones.
- C - Independiente en todas menos en bañarse y una función adicional.
- D - Independiente en todas menos en bañarse, vestirse y una función adicional.
- E - Independiente en todas menos en bañarse, vestirse, uso del baño y una función adicional.
- F - Independiente en todas menos en bañarse, vestirse, uso del baño, traslado y una función adicional.
- G - Dependiente en las seis funciones.
- Otro - Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Para cada área de funcionamiento que se lista a continuación, marque la descripción que corresponda. (La palabra "asistencia" significa supervisión, dirección o ayuda personal).

Si **No**
(1pt) **(0pt)**

Bañarse: ya sea baño con esponja, baño en tina o ducha.

Si	No recibe asistencia (entra y sale de la tina por sí mismo si la tina es el medio habitual de baño).		
Si	Recibe asistencia para bañarse solo en una parte del cuerpo (como la espalda o una pierna).		
No	Recibe asistencia para bañarse en más de una parte del cuerpo (o no se baña).		

Vestirse: toma la ropa de los armarios y cajones, incluyendo ropa interior, prendas exteriores y uso de cierres (incluidos los tirantes si se usan).

Si	Toma la ropa y se viste completamente sin asistencia.		
Si	Toma la ropa y se viste sin asistencia, excepto por ayuda para atarse los zapatos.		
No	Recibe asistencia para tomar la ropa o para vestirse, o permanece parcial o completamente sin vestir.		

Uso del baño: ir al "cuarto de baño" para la eliminación de heces y orina; limpiarse después de la eliminación y arreglar la ropa.

Si	Va al "cuarto de baño", se limpia y arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto para apoyo como bastón, caminador o silla de ruedas y puede manejar la bacinica o el orinal nocturno, vaciándolos por la mañana).		
Si	Recibe asistencia para ir al "cuarto de baño" o para limpiarse o para arreglar la ropa después de la eliminación o para usar la bacinica o el orinal nocturno.		
No	No va al lugar denominado "baño" para el proceso de eliminación.		

Traslado.

Si	Se mueve dentro y fuera de la cama, así como dentro y fuera de la silla sin asistencia (puede usar un objeto para apoyo como bastón o caminador).		
Si	Se mueve dentro o fuera de la cama o silla con asistencia.		
No	No se levanta de la cama.		

Continencia.

Si	Controla completamente la micción y la defecación por sí mismo.		
Si	Tiene "accidentes" ocasionales.		
No	La supervisión ayuda a mantener el control de la orina o las heces; se usa catéter o es incontinente.		

Alimentación

Si	Se alimenta sin asistencia.		
Si	Se alimenta solo, excepto que recibe ayuda para cortar la carne o untar el pan.		
No	Recibe asistencia para alimentarse o es alimentado total o parcialmente mediante sondas o líquidos intravenosos.		

Total

Puntuación de 6 = alta (el paciente es independiente); puntuación de 0 = baja (el paciente es muy dependiente).

Fuente: Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185(12):914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016.

Anexo 5: Puntuación del Cuestionario Breve y Portátil de Estado Mental (SPMSQ, por sus siglas en inglés) o Cuestionario de PFEIFFER (16)

Cuestionario breve y portátil sobre el estado mental (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono, ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde el 29. (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores	Resultados
0-2	Valoración cognitiva normal
3-4	Deterioro leve
5-7	Deterioro moderado
8-10	Deterioro severo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales), se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Fuente: Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23(10):433-441. doi:10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x.

Anexo 6: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO DEL ESTUDIO	Asociación entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico de insomnio en adultos mayores que acuden a consultorio de un hospital general
NOMBRE DEL INVESTIGADOR	Gilary Marcia Maquito Montoya
INSTITUCIÓN	Hospital Nacional Cayetano Heredia

INTRODUCCIÓN: Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como fin evaluar la relación entre la queja subjetiva de insomnio y el diagnóstico clínico del insomnio en los adultos mayores.

PROCEDIMIENTO: Si usted acepta participar en el estudio, se le realizará una breve entrevista, que incluye preguntas relacionadas con el sueño, dificultad para dormir, despertares nocturnos y cómo se siente durante el día.

RIESGOS: El presente estudio no implica riesgos físicos, de igual forma usted puede decidir si desea responder o desea retirarse del mismo en cualquier momento.

BENEFICIOS: La información que se obtendrá, permitirá mejorar el conocimiento del insomnio en los adultos mayores peruano, lo cual puede contribuir a una mejor atención en el futuro.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información proporcionada, será confidencial, sus datos no podrán ser identificados debido a que se emplearán códigos.

Los resultados del estudio serán utilizados con único fin académico y de investigación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: La participación es voluntaria, puede negarse a a participar o retirarse en cualquier momento, sin que esto afecte la continuidad de atención médica.

CONTACTO:

Si tiene alguna duda, puede comunicarse con:

Nombre: Gilary Marcia Maquito Montoya

Teléfono: XXXXXXXXXX

CONSENTIMIENTO:

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Entiendo que mi participación es voluntaria y acepto participar en este estudio.

NOMBRE PARTICIPANTE: _____

FIRMA Y HUELLA DIGITAL: _____

FECHA: _____

Anexo 7: Ficha de recolección de datos

Código: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Sexo: Femenino () / Masculino ()

¿Presenta usted dificultad para dormir?

Sí	Conciliación	Dificultad para iniciar el sueño	
	Mantenimiento	Dificultad para mantener el sueño	
	Despertar precoz	Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir	
No			

¿Presenta alguna de estas situaciones asociadas a somnolencia diurna? (Escala somnolencia de Epworth):

Situación	Posibilidad			
	Nunca	Poca	Moderada	Alta
Sentado leyendo	0	1	2	3
Mirando la televisión	0	1	2	3
Sentado en un lugar público (en una conferencia, teatro, cine, reunión social o escuchando misa)	0	1	2	3
Como pasajero de auto u ómnibus	0	1	2	3
Recostado en la tarde	0	1	2	3
Sentado y hablando con otra persona	0	1	2	3
Sentado tranquilamente después de almorzar sin haber ingerido alcohol	0	1	2	3
Manejando el auto, cuando se detiene por razones de tráfico	0	1	2	3
	0	1	2	3
Total				

Duración del problema de sueño

Más de 3 meses	
Si	
No	

Frecuencia de los síntomas

Más de 3 noches por semana	
Si	
No	

Katz

A-F	
G	

Pfeiffer

8	
1-7	

Comorbilidad crónica descompensada o aguda severa

Sí	
No	

Diagnóstico clínico de trastorno de insomnio (Llenado por el investigador):

- Sí cumple criterios
- No cumple criterios