

UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del
distrito de Chorrillos

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTORA

Elizabeth Noelia Chirinos Quispe

ASESOR

Jorge Hernando Matheus Romero

Lima, Perú

2024

METADATOS COMPLEMENTARIOS

Datos de los Autores

Autor 1

| | |
|-----------------------------------|---|
| Nombres | Elizabeth Noelia |
| Apellidos | Chirinos Quispe |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 70056686 |
| Número de Orcid (opcional) | https://orcid.org/0009-0000-7085-1036 |

Autor 2

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (opcional) | |

Autor 3

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (opcional) | |

Autor 4

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (opcional) | |

Datos de los Asesores

Asesor 1

| | |
|-----------------------------------|---|
| Nombres | Jorge Hernando |
| Apellidos | Matheus Romero |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 09697998 |
| Número de Orcid (Obligatorio) | https://orcid.org/0000-0002-2869-4003 |

Asesor 2

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Nombres | |
| Apellidos | |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | |
| Número de Orcid (Obligatorio) | |

Datos del Jurado

Presidente del jurado

| | |
|-----------------------------------|----------------|
| Nombres | Giovani Martin |
| Apellidos | Díaz Gervasi |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 10301350 |

Segundo miembro

| | |
|-----------------------------------|-------------------|
| Nombres | Caroline Gabriela |
| Apellidos | Marin Cipriano |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 47207503 |

Tercer miembro

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| Nombres | Victoria Paula |
| Apellidos | Sandoval Medina |
| Tipo de documento de identidad | DNI |
| Número del documento de identidad | 47365528 |

Datos de la Obra

| | |
|--|---|
| Materia* | calidad; sueño; adultos mayores; deterioro cognitivo |
| Campo del conocimiento OCDE | https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00 |
| Idioma | SPA – español |
| Tipo de trabajo de investigación | Tesis |
| País de publicación | PE – PERÚ |
| Recurso del cual forma parte(opcional) | |
| Nombre del grado | Licenciado en Psicología |
| Grado académico o título profesional | Título Profesional |
| Nombre del programa | Psicología |
| Código del programa | 313016 |

***Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesauro).**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

ACTA N° 190-2024

En la ciudad de Lima través de la plataforma zoom, a los veintitrés días del mes de Octubre del año dos mil veinticuatro, siendo las 14:30 horas, la Bachiller CHIRINOS QUISPE, ELIZABETH NOELIA, sustenta su tesis denominada **“Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos”** para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- | | |
|--|------------------|
| 1.- Prof. Giovanni Martin Díaz Gervasi | APROBADO : BUENO |
| 2.- Prof. Caroline Gabriela Marin Cipriano | APROBADO : BUENO |
| 3.- Prof. Victoria Paula Sandoval Medina | APROBADO : BUENO |

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 15:25 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

APROBADO : BUENO

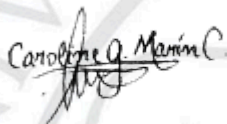
Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Giovanni Martin Díaz Gervasi
Presidente



Prof. Victoria Paula Sandoval Medina



Prof. Caroline Gabriela Marin Cipriano

Lima, 23 de Octubre del 2024

Anexo 2

CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR DE TESIS CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Ciudad, 21 de agosto de 2024

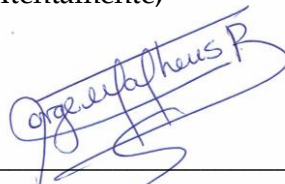
Señor,
Yordanis Enriquez Canto
Jefe del Departamento de Investigación

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos, presentado por Elizabeth Noelia Chirinos Quispe (código de estudiante: 2016200186 y DNI: 70056686) para optar el título profesional en Licenciado en Psicología ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud del 2 %** (dos por ciento).* Por tanto, en mi condición de asesor, firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



Jorge Matheus Romero

Firma del Asesor

DNI N°: 09697998

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2869-4003>

Facultad de Ciencias de la Salud/Unidad Académica de la Facultad Ciencias de la Salud UCSS

* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores
del distrito de Chorrillos

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a Dios y a mi abuelita Isabel quién partió al cielo cuando aún me encontraba en el proceso de mi formación universitaria.

También está dedicado a todos los adultos mayores que residen en el distrito de Chorrillos.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a mi familia quienes me apoyaron durante toda la carrera profesional. Asimismo, agradezco al Hno. David Pacheco OFM Cap. quién fue una persona clave en mi formación académica. También agradezco a mi asesor Lic. Jorge Matheus quien siempre me brindó su apoyo y respaldo.

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos. **Materiales y métodos:** Estudio correlacional con un diseño con un diseño no experimental de corte transversal. La población estaba conformada por 100 adultos mayores comprendida entre las edades de 65 años a más. Se utilizaron los instrumentos del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh para la calidad de sueño y el Test de Pfeiffer para el deterioro cognitivo. **Resultados:** Los resultados que se encontraron fueron que, de los adultos mayores encuestados, el 70% presentaba una valoración cognitiva normal y el 36% de los encuestados merecen atención y tratamiento médico con respecto a su calidad de sueño. Asimismo, se encontró predominancia en el sexo femenino (59%) y la mayoría de los participantes estaban casados (44%). Asimismo, no se encontró relación entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo ($p < 0.06$), sin embargo, si se halló relación entre la calidad de sueño y el lugar de nacimiento ($p < 0.004$). **Conclusiones:** La tercera edad es una etapa donde los adultos mayores sufren diversos cambios, comienzan a padecer diversas enfermedades crónicas y son propensos a contraer enfermedades transmisibles. La presente investigación evidenció que no se encuentra relación entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo. Esto se puede deber a diferentes factores presentes en la población.

Palabras clave: calidad, sueño, adultos mayores, deterioro cognitivo (fuente: DeCS).

ABSTRACT

Objective: The present study aims to determine the relationship between sleep quality and cognitive impairment in older adults in the district of Chorrillos. **Materials and methods:** Correlational study with a non-experimental cross-sectional design. The population consisted of 100 older adults aged 65 years and older. The Pittsburgh Sleep Quality Index for sleep quality and the Pfeiffer Test for cognitive impairment were used. **Results:** The results found that, of the older adults surveyed, 70% had a normal cognitive assessment and 36% of the respondents deserved medical attention and treatment with respect to their sleep quality. Also, female sex was predominant (59%) and most of the participants were married (44%). Also, no relationship was found between sleep quality and cognitive impairment ($p < 0.06$), however, a relationship was found between sleep quality and place of birth ($p < 0.004$). **Conclusions:** Old age is a stage where older adults undergo various changes, begin to suffer from various chronic diseases and are prone to contracting communicable diseases. The present study showed that there is no relationship between sleep quality and cognitive impairment. This may be due to different factors present in the population.

Key words: quality, sleep, older adults, cognitive impairment (source: DeCS).

ÍNDICE

| | |
|--|------|
| Resumen | V |
| Índice | Vii |
| Introducción | Viii |
| Capítulo I El problema de investigación | 9 |
| 1.1. Situación problemática | 9 |
| 1.2. Formulación del problema | 10 |
| 1.3. Justificación de la investigación | 10 |
| 1.4. Objetivos de la investigación | 10 |
| 1.4.1. Objetivo general | 10 |
| 1.4.2. Objetivos específicos | 10 |
| 1.5. Hipótesis | 11 |
| Capítulo II Marco teórico | 12 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 12 |
| 2.2. Bases teóricas | 15 |
| Capítulo III Materiales y métodos | 20 |
| 3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación | 20 |
| 3.2. Población y muestra | 20 |
| 3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión | 20 |
| 3.3. Variables | 20 |
| 3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables | 20 |
| 3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos | 22 |
| 3.5. Plan de análisis e interpretación de la información | 24 |
| 3.6. Ventajas y limitaciones | 24 |
| 3.7. Aspectos éticos | 24 |
| Capítulo IV Resultados | 26 |
| Capítulo V Discusión | 30 |
| 5.1. Discusión | 30 |
| 5.2. Conclusión | 31 |
| 5.3. Recomendaciones | 31 |
| Referencias bibliográficas | 33 |
| Anexos | |

INTRODUCCIÓN

La OMS (2017) indicó que para el 2050 aumentarán considerablemente los adultos mayores y con ellos también se incrementarán las enfermedades ya sean propias de su edad o enfermedades que vienen desarrollando. Asimismo, según el INEI (2018), el 26,3% de los hogares tienen como cabeza de familia a un adulto mayor, otro grupo está internado en una casa de reposo y otro grupo participa en diferentes actividades brindadas por algún centro de adulto mayor. Esta población es la última en la etapa de la vida humana y es donde se presentan mayores enfermedades, generalmente en el sueño porque son muchos los adultos mayores que tienen dificultad en ello. También son propensos a contraer infecciones porque su sistema inmunológico se va debilitando lentamente (Cepero et al., 2020). Asimismo, las funciones cognitivas se van deteriorando conforme la edad avanza y por ello se va originando el deterioro cognitivo en la tercera edad (Valdés et al., 2017).

Los adultos mayores son una población de la cual se trata muy poco y por ello es una población poco estudiada ya que además tiene un difícil acceso. Existen diversos estudios donde se muestra al deterioro cognitivo como una de las patologías en el adulto mayor (Benavides, 2020; Chuquipul e Izaguirre, 2018; Echevarría y Solano, 2019). Asimismo, existen otros estudios donde explican cómo va cambiando el sueño en los adultos mayores (Cruz et al., 2018; Niu et al., 2016; Zavala, 2019). Sin embargo, a nivel nacional, son escasos los estudios que relacionan las variables en mención. Además, los adultos mayores forman parte de la población vulnerable de nuestro país, por lo cual, los estudios en dicha población son necesarios para poder conocer las diferentes problemáticas que afronta ese sector humano ya que generalmente la sociedad no los toma en consideración y no se les da el trato debido (MIMP, 2011). De igual manera, es importante reconocer en dónde se concentran la mayor parte de los adultos mayores para así identificar qué acciones o medidas se puede tomar para mejorar la calidad de vida que tienen. Es por ello que la presente investigación tiene como objeto determinar la relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos.

En la presente investigación se describirán diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional que desarrollan las variables principales, ya sea entre sí o con otras variables. Uno de los estudios internacionales más recientes corresponde a Rui Liu et al. (2022) donde se analiza la asociación entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo a través de pruebas aplicadas a la población en mención. Como se mencionó anteriormente, los estudios nacionales entre las variables principales son escasos y por ello mencionaremos el estudio nacional más reciente que corresponde a Benavides (2020) en el que se concluye que una mayor actividad diaria en un adulto mayor da un efecto positivo en la capacidad cognitiva de la persona mayor.

Finalmente, en el primer capítulo encontraremos la situación problemática, la formulación del problema, la justificación del estudio, los objetivos de la investigación y las hipótesis para el presente estudio. En el segundo capítulo, podremos encontrar información sobre los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. En el tercer capítulo, hallaremos el tipo de estudio y diseño de investigación, la población, los criterios de inclusión y exclusión, la definición conceptual y operacional de las variables, plan de recolección de datos e instrumentos, plan de análisis e interpretación de la información, ventajas y limitaciones y aspectos éticos. En el cuarto capítulo, encontraremos los resultados obtenidos de esta investigación. Finalmente, en el quinto capítulo, se podrá observar la discusión donde se detallan los resultados significativos de la presente investigación y, seguidamente, encontraremos las conclusiones y recomendaciones brindadas.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación problemática

A nivel mundial, la población de adultos mayores se duplicará pasando del 12% al 22%, mayormente en territorios de ingresos bajos y medianos; asimismo, registran una carga de morbilidad más alta en comparación con los países de ingresos altos (OMS, 2017). Estas estadísticas demuestran que se debería enfatizar prevención y cuidado para los adultos mayores en relación con su salud tanto física como de la mente. Sin excepción del lugar donde habitan, las principales razones de muerte en los ancianos son las cardiopatías, el accidente cerebrovascular (ictus) y las neumopatías crónicas (OMS, 2017).

La calidad de sueño es un fenómeno subjetivo y complejo que se define como el conjunto de hábitos y prácticas de cada persona. En la población de adultos mayores, los trastornos del sueño son uno de los síndromes más prevalentes, lo cual aumenta con la edad llegando hasta el 57% de los adultos mayores de 65 años, con una incidencia anual del 5% (Ganoza et al., 2017). El sueño en cantidad y calidad adecuada proporciona la recuperación del bienestar físico y mental, mejora el estado de ánimo, la concentración, la memoria y reduce el riesgo de accidentes, especialmente en caídas (Valdés et al., 2018).

En un estudio internacional realizado por Cruz et al. (2018) llamado “Calidad de sueño y déficit de memoria en el envejecimiento sano” explica que la prevalencia de una pobre calidad de sueño es alta en la población adulta, dando a entender una relación directa entre la edad y calidad del sueño. Asimismo, se indica que el déficit se presenta de manera regular a raíz de la escasa calidad de sueño ya que afecta negativamente a la memoria en los adultos mayores. Por ello, se concluye la relación entre la calidad de sueño y el déficit de memoria en los adultos mayores.

El deterioro cognitivo se define como la pérdida de funciones cognitivas y depende tanto de factores fisiológicos como también de factores ambientales (Benavides, 2017). Según el grado de deterioro que presente cada paciente sobre las funciones cognitivas y de función de la vida diaria, se calificará la enfermedad como deterioro cognitivo leve, moderado o grave (Queralt, 2016). Las personas con un envejecimiento normal también pueden tener algunos deterioros leves (por ejemplo, su velocidad de proceso y su memoria para los nombres declinan con la edad). Sin embargo, el seguimiento longitudinal de estos sujetos muestra escasos cambios con el paso del tiempo y, además, estos cambios no llegan a suponer materialmente deterioro funcional (De la Vega y Zambrano, 2018).

En el Perú, los adultos mayores representan el 10.4% de la población. Según sus proyecciones demográficas estimadas, para el año 2020 se estima que la cantidad de adultos mayores de 60 años a más aumente a 3 593 054 personas. Al primer trimestre del año 2018, el 42,2% de los hogares del Perú tenía entre sus miembros al menos un adulto mayor; mientras que el 26,3% del total de hogares del país tenía como jefe o jefa del hogar a un adulto mayor (INEI, 2018). Asimismo, el 60% de adultos mayores demoran en conciliar el sueño (Echevarría et al, 2019) y un 70% de la población padece deterioro cognitivo leve (Chuquipul e izaguirre, 2018). Es por ello, que identificar a tiempo el deterioro cognitivo y la deteriorada calidad de sueño es importante para la detección temprana y desarrollar actividades de prevención.

Por ende, esta investigación pretende determinar el nexo entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en la población adulta mayor peruana. Para ello, utilizaremos el instrumento Índice de calidad de sueño de Pittsburgh para medir la calidad de sueño

que presentan y el Test de Valoración del estado mental de Pfeiffer para obtener el grado de nivel de deterioro cognitivo.

1.2. Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son los niveles predominantes de la calidad de sueño en adultos mayores del distrito de Chorrillos?
- ¿Cuáles son los niveles predominantes de deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos?
- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos?
- ¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos?

1.3. Justificación de la investigación

Se han encontrado diversos estudios indicando que los patrones de sueño tienden a cambiar con la edad ya que, las personas que están en proceso de envejecimiento los lleva a tener dificultades para conciliar el sueño y esto origina que se despierten con más frecuencia durante la noche y se levanten más temprano por la mañana (Martín et al, 2018). Asimismo, la falta de autonomía para la realización de las actividades básicas de vida diaria y la no realización de actividades de estimulación cognitiva, se asocian con los procesos de deterioro cognitivo en los adultos mayores (Saldaña et al, 2018).

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo, en especial de los adultos mayores ya que son parte de la población vulnerable de nuestro país (MIMP, 2011) y se estima que en los años posteriores la población adulta mayor se incrementa progresivamente (OMS, 2017). Asimismo, para llevar a cabo el presente estudio se utilizaron instrumentos validados en Perú.

Además, se pretende dar mayor información con respecto a la relación de estas variables ya que son escasos los estudios sobre dicha asociación a nivel nacional, para eso se darán charlas informativas en los centros de los adultos mayores para brindar la información sobre el estudio; asimismo, se realizarán afiches e infografías para ser entregadas en la zona urbana.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir los niveles predominantes de la calidad de sueño en adultos mayores del distrito de Chorrillos.
- Describir los niveles predominantes de deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos.
- Determinar la relación entre la calidad de sueño y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.
- Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.

1.5. Hipótesis

- **Hipótesis general**

Existe relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos.

- **Hipótesis nula**

No existe relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos.

- **Hipótesis específicas**

- Existe relación entre la calidad de sueño y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.
- Existe relación entre deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional:

Rui et al. (2022) realizaron el estudio “Características del sueño autoinformadas asociadas con la demencia entre adultos mayores chinos que viven en zonas rurales: Un estudio basado en la población” que tuvo como objetivo identificar las características del sueño asociadas a la demencia. Se realizó un estudio transversal. Participaron 4742 adultos mayores rurales de China. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y la Escala de Somnolencia de Epworth para la medición del sueño y el Mini-Mental State Examination para evaluar la función cognitiva. Los resultados que se obtuvieron fueron que 173 adultos mayores (3,6%) fueron diagnosticados con demencia, el 38,7% eran analfabetos y el 57,1% eran mujeres. Asimismo, los participantes que eran mayores, con una educación inferior, con un peso inferior, con un consumo bajo de alcohol y tabaco y ser del sexo femenino tienen una mayor probabilidad de diabetes, enfermedad coronaria, síntomas depresivos, entre otros. También, se indica que una mala calidad de sueño se asocia con una mayor probabilidad de demencia. Por ende, se concluye que las características del sueño se relacionan significativamente con la demencia en los adultos mayores.

Rangel y Ramírez (2019), en la investigación “Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos”, se plantearon como objetivo determinar la frecuencia de deterioro cognitivo, la calidad de sueño y presencia de síntomas de depresión en los médicos residentes de los posgrados clínicos y quirúrgicos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, entre mayo y julio de 2018. Se realizó un estudio correlacional – descriptivo. Participaron 152 residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Test de medición cognitiva de Montreal (MoCA) para el deterioro cognitivo, el Índice de Calidad de Pittsburgh para la calidad de sueño y el Inventario de depresión de Beck II para la depresión. Los resultados que se obtuvieron en el Test de medición cognitiva de Montreal (MoCA) fue que 49 personas (32,23%) presentaron deterioro cognitivo con una puntuación menor a 26. Además, el Índice de calidad de Pittsburgh mostró que 109 personas (71,71%) presentaron mala calidad de sueño considerando el valor $p < 0,05$ y se obtuvo un $p = 0,411$. Por otra parte, el Inventario de depresión de Beck II indicó que 75 personas (49,34%) presentaron algún grado de depresión teniendo en cuenta un valor de $p = 0,001$. Con ello se afirma que a peor calidad de sueño se incrementan los síntomas de depresión. Por ende, se afirma que no hay existencia entre la alteración de sueño, los síntomas de depresión y el deterioro cognitivo. Sin embargo, sí existe relación entre la mala calidad de sueño y los síntomas de depresión.

Por otro lado, Zavala (2019), en su investigación “Calidad de Vida y del Sueño en el adulto mayor Centro Residencial Gad Municipal Chambo, 2018”, tuvo como objetivo analizar la calidad de vida y de sueño del adulto mayor del centro residencial “GAD municipal Chambo, periodo 2018. Se realizó un estudio no experimental – descriptivo. Para esta investigación, se tomó en cuenta 20 historias clínicas de adultos mayores entre 65 a 90 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh para la calidad de sueño y la Escala FUMAT para la calidad de vida. En los resultados que se obtuvieron en el Índice de Calidad de sueño de Pittsburgh se evidenció que 17 de adultos mayores (85%) tienen dificultad para dormir y 3 adultos mayores (15%) sí tienen facilidad para dormir. Por otra parte, la Escala FUMAT indicó que 1 adulto mayor (5%) tiene una calidad de vida mala, 18 adultos mayores (90%) tienen una calidad de vida moderada y 1 adulto mayor (5%) tiene buena calidad de sueño. Por ende, se concluyó que el nivel de calidad de vida de los adultos mayores se

identifica como baja y se presume que no cuentan con una correcta higiene del sueño por las diversas dificultades en conciliar el sueño que tienen los adultos mayores.

Asimismo, Cruz et al. (2018) realizaron la investigación “Calidad del sueño y déficit de memoria en el envejecimiento sano”, con el objetivo de determinar la relación entre la calidad del sueño y la memoria en el envejecimiento sano. Se llevó a cabo un estudio de enfoque correlacional – descriptivo. Participaron 99 personas mayores de 50 años, 69 mujeres y 30 hombres. Los instrumentos que utilizaron fueron el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh para medir la calidad de sueño y una prueba computarizada (VINCI 1.0) para poder medir la memoria. Los resultados obtenidos en el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh indican que la media es pobre (7,22 puntos) ya que todos los componentes evaluados mostraron medias cercanas a 1 punto, valor a partir del cual se considera un sueño alterado ya que, se puede observar que $r=0,264$ y que $p<0,05$ obteniendo un $p=0.008$. Por otro lado, la prueba computarizada (VINCI 1.0) utilizada para medir la memoria muestra que las puntuaciones medias son de 5,42 y 12,60 las cuales pueden considerarse en un rendimiento medio porque se obtiene que los pares asociados muestran un $r=0,334$ y un $p=0,01$ como también el aprendizaje de palabras muestra un $r=-0,206$ y un $p=0,05$. Es por ello que a menor calidad de sueño se genera un bajo rendimiento en la memoria. Por tanto, se encuentra relación entre la calidad de sueño y déficit cognitivo de memoria ya que la baja calidad de sueño afecta negativamente sobre la memoria.

Por otro lado, Valdés et al. (2017), en su investigación “Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores”, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Se llevó a cabo un estudio descriptivo – transversal. Para esta investigación, se tomaron en cuenta 20 adultos mayores atendidos en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro “Cecilia Sánchez Manduley”. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Test EPD-3PO y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para medir la depresión y el Mini-examen del estado mental de Folstein para medir el deterioro cognitivo. Los resultados que se evidenciaron fueron que el 60% de los pacientes presentaron depresión y el 95% enfermedades crónicas no transmisibles, como principales factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Por ello, se concluyó que la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen los principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores.

Finalmente, Niu et al. (2016) realizaron la investigación de “La calidad del sueño y el deterioro cognitivo en una comunidad de adultos mayores en la Ciudad de Daqing, China” que tuvo como objetivo examinar la asociación entre la calidad del sueño autoinformada y el deterioro cognitivo un año tarde. El mencionado estudio presenta un enfoque longitudinal. Participaron 1010 adultos mayores sanos entre 65 a 80 años. Los instrumentos que utilizaron fueron el Índice de calidad de sueño de Pittsburgh para medir la calidad de sueño y la versión china del Mini – Mental State Examination para medir el deterioro cognitivo. Los primeros resultados que se obtuvieron fueron que la media del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh es de 5 y que el 33,7% de los participantes con un valor $p=0,04$ presentaron mala calidad de sueño y en el Mini Mental se registró un bajo deterioro cognitivo obtuvo un 0.32 (IC 95%: $-0.62, -0.02$; $p = 0.04$). Luego de que los participantes realicen tratamiento por un año, el 15,9% del total de participantes disminuyó de tres o más puntos en la puntuación del Mini – Mental y el 19,7% (67 /340) disminuyeron la mala calidad de sueño con un valor de $p=0,02$. Es por ello que se puede determinar que a menor calidad de sueño mayor será el deterioro cognitivo. En conclusión, la mala calidad del sueño autoinformada puede ser un indicador de deterioro cognitivo temprano para los adultos mayores.

A nivel nacional:

Benavides (2020), en el estudio “Relación entre el deterioro cognitivo y las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores atendidos en el centro de salud mental Moisés Heresi, Arequipa 2017-2019”, tuvo como objetivo hallar la relación entre el deterioro cognitivo y el nivel de funcionalidad en actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Participaron 120 pacientes del Centro de Salud Mental Moisés Heresi. Se realizó un estudio de tipo correlacional transversal. Se emplearon los instrumentos de Minimal Cognitive de Lobo y el índice de Lawton – Escala de actividades instrumentales de la vida diaria. Los resultados que se encontraron fue que existe una relación significativa entre el nivel de funcionalidad en actividades diarias y el nivel de deterioro cognitivo ($p=0.05$), también se encontró una relación significativa entre la edad, el nivel de funcionalidad y deterioro cognitivo. Se concluye que los niveles positivos de actividades de la vida diaria influyen de manera positiva en la capacidad cognitiva del adulto mayor.

Echevarría y Solano (2019) realizaron el estudio “Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019” y tuvieron como objetivo determinar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019. Se realizó un estudio descriptivo – aplicado. Para la presente investigación se consideraron 74 adultos mayores asistentes a un taller en el hospital “Daniel Alcides Carrión” y de la casa hogar “San Vicente de Paul”. El instrumento a utilizar fue el Eurotest o Prueba de la moneda peruana y la recolección de datos mediante la observación directa para la recopilación de los datos sociodemográficos. Los resultados obtenidos fueron que, según el valor $p<0.05$, sí existe diferencias del nivel de deterioro cognitivo según el sexo, sí existe diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel de estudios, sí existe diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la compañía con la que viven, sí existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según si los participantes están institucionalizados o no y a mayor edad el nivel de deterioro cognitivo es mayor. Por ende, se concluye que, sí existe diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas sexo, nivel de estudios, compañía familiar, institucionalización y edad.

Asimismo, Chuquipul e Izaguirre (2018), en su investigación “Deterioro cognitivo y calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018”, tuvo como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. Se realizó un estudio correlacional – transversal. Participaron 120 adultos mayores de la Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Test de Mini Mental para medir el deterioro cognitivo y el SF36 para medir la calidad de vida. Los resultados que se obtuvieron fueron que un 70% de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo; en cuanto a las dimensiones, la de tiempo tuvo un 84%, orientación en el espacio tuvo un 58%, lenguaje/nominación tuvo un 46% y atención y cálculo tuvo un 46%; por otro lado, se evidenció que un 88% de los adultos mayores presentó una calidad de vida promedio. En relación a sus dimensiones, la función física obtuvo un 74%, dolor corporal un 80%, salud general un 60%, vitalidad un 86%, función social un 70%, salud mental un 78% y transición de la salud obtuvo un 70%. Se aplicó la prueba estadística Chi-Cuadrado que dio un resultado de 0,337 lo cual indica que no existe relación significativa entre ambas variables. Por ello, se concluyó que no existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida.

También, Flores (2018) realizó el estudio “Calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Servidor de DIPAC del HNCASE” donde tuvo por objetivo identificar la relación entre el sueño y la calidad de vida en los pacientes

con insuficiencia renal del servidor DIPAC, del hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo de la ciudad Arequipa, 2017. Participaron 80 pacientes que pertenecen al servidor de DIPAC del hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo de la ciudad de Arequipa. Se realizó una investigación correlacional – descriptiva. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh para medir el sueño, el SF36 para medir la calidad de vida y el Cuestionario de Enfermedad Renal. En los resultados se obtuvo que en la latencia del sueño un 60% demora en conciliar el sueño, en la duración de sueño un 77% duerme dentro del rango de 6 horas y la eficiencia de sueño habitual obtuvo un 87.5%, en efectos de la IRC se obtuvo un 31.2%, en el impacto de la IRC se obtuvo un 51.2%, en la salud física se obtuvo un 90% y en la salud mental se obtuvo un 80%. Finalmente, se evidencia que un 63.7% evidencia una baja calidad de sueño y un 60% presenta una mala calidad de vida. Asimismo, se tuvo un valor de significancia de 0.018 que es menor a 0.05, por ende, se acepta que sí existe relación entre el sueño y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis del servicio de DIPAC del Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo.

Por otro lado, Contreras (2018) en su investigación “Hipercolesterolemia asociado al desarrollo de deterioro cognitivo en adultos mayores, Hospital San José de Chincha” tuvo como objetivo determinar si el hipercolesterolemia es un factor asociado para el desarrollo de deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Hospital San José de Chincha. Se realizó un estudio de investigación observacional retrospectivo de casos y controles. Para esta investigación se tomó en cuenta a 876 adultos mayores a partir de 60 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Test de Mini-mental para el deterioro cognitivo y para la hipercolesterolemia se recaudaron datos asociados a ello. Los resultados que se obtuvieron fueron que la hipercolesterolemia no representa un factor asociado con el deterioro cognitivo tras obtenerse un nivel de significancia de $p=0.44$. Asimismo, se obtuvo un OR=1.46 con IC 95% de 0.68 a 3.10 afirmándose que el hipercolesterolemia no es un factor de riesgo. Finalmente, se concluye que la hipercolesterolemia no es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Finalmente, Medina (2018) realizó el estudio “Relación entre calidad de sueño y tolerancia a la glucosa en personas adultas mayores que acuden al centro del Adulto Mayor de EsSalud Tacna en el año 2016” y tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de sueño y la tolerancia a la glucosa en personas adultas mayores que acudieron al Centro del Adulto Mayor de EsSalud Tacna durante el año 2016. Se realizó un estudio tipo no experimental trasversal correlacional – causal prospectivo. Para esta investigación se tomaron en cuenta 69 adultos mayores que acudieron al CAM de EsSalud Tacna. Los instrumentos que se tomaron en cuenta fueron el índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh para medir la calidad de sueño y la Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) y el Glucómetro y tiras reactivas Accu-Chek Performa para medir la tolerancia a la glucosa. Los resultados obtenidos en la calidad de sueño fueron que 19 adultos mayores (27,54%) tienen una buena calidad de sueño y 50 adultos mayores (72,46%) evidencian una mala calidad de sueño. Asimismo, se muestra que 24 adultos mayores (34,78%) presentan intolerancia a la glucosa y 45 adultos mayores (65,22%) no presentan intolerancia a la glucosa. Por ende, se resolvió que la mala calidad de sueño presenta una débil correlación con un mayor valor de glucosa según la PTOG en forma significativa ($Rho=0.308$, $p=0.010$). Finalmente, se concluyó que existe una prevalencia elevada de mala calidad de sueño y de intolerancia a la glucosa.

2.2. Bases teóricas

Calidad de sueño

El sueño es un estado normal, recurrente y reversible de disminución de la percepción y de la capacidad de respuesta al medio ambiente donde la actividad motora cesa y se adopta una postura específica. Este es un estado dinámico donde grupos de neuronas siguen activas desempeñando un papel diferente al de la vigilia y es, además, necesario para la salud en general del organismo, por sus propiedades de consolidar las distintas formas de la memoria, regular la temperatura y la función de ciertos neurotransmisores, así como de almacenar energía y mantener la inmunocompetencia (Aguirre, 2007).

El sueño tiene 4 núcleos que están estrechamente relacionados con la activación de las diferentes etapas del ciclo sueño – vigilia los cuales son:

- Hipotalámico Posterior (NHP) que tiene la función de la vigilia.
- Ventrolateral preóptico (VLPO) que tiene la función del Sueño NREM.
- Reticular pontis oralis lateral (NRPO) que tiene la función del Sueño REM.
- Supraquiasmático (NSQ) que tiene como función la regulación del ciclo sueño – vigilia.

Fases del sueño:

El promedio de sueño en el ser humano es de 8 horas diarias con 16 horas de vigilia y es ahí donde podemos encontrar dos fases del sueño que son: Sueño No-Rem y Sueño Rem.

- **Sueño No-Rem:** Esta fase cuenta con 4 etapas:
 - *Etapa I:* Es de somnolencia o adormecimiento, en que tiene lugar la desaparición del ritmo alfa del EEG, hay tono muscular y no hay movimientos o, si lo hay, son muy lentos.
 - *Etapa II – III:* Se evidencia sueño ligero, se caracteriza por una disminución aún mayor del ritmo electroencefalográfico, con la aparición de los típicos husos de sueño y los complejos K, fenómenos de los que es responsable el núcleo reticular del tálamo; sigue existiendo tono muscular y ya no hay movimientos oculares.
 - *Etapa IV:* Es de sueño profundo, presentan un ritmo electroencefalográfico menor, no hay movimientos oculares y el tono muscular se mantiene o puede estar muy disminuido. Es la etapa más reparadora, el individuo da vueltas en la cama, cambia de postura.
- **Sueño Rem:** Esta fase se caracteriza por una actividad EEG que recuerda el estado de vigilia (es por ello que se habla dormido) debido a una activación cortical por parte de estructuras encefálicas profundas, como es la formación reticular activadora. Se observan movimientos oculares rápidos, desaparece el tono muscular. Este se va disminuyendo con el pasar de los años hasta llegar a la vejez donde se agregan despertares frecuentes, la latencia REM se acorta, existe reducción total del sueño, etc.

Las fases de sueño No-Re, y sueño Rem se alternan sucesivamente entre cuatro a cinco veces por la noche. En total, la fase de sueño No-Rem dura unas 6 horas y la fase de sueño Rem dura aproximadamente dos horas. Los cambios de fases del sueño ocurren de forma progresiva (Velayos et al., 2007).

Sueño, aprendizaje y memoria:

El sueño facilita la consolidación de los conceptos adquiridos ya que, al parecer, un periodo de sueño después del aprendizaje, facilita la plasticidad neuronal necesaria para consolidar y afianzar los nuevos conceptos, que hasta ese momento se encuentran en nuestra memoria de un modo inestable. El almacenamiento de los recuerdos a largo plazo se conseguiría mediante el procesamiento de la información en los circuitos neuronales existentes entre el hipocampo y el neocortex (Puente, 2012).

Calidad de sueño:

La calidad de sueño se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día. Además, no solamente es importante como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida (Borquez, 2011).

Sueño y Envejecimiento:

Los adultos mayores suelen dormir y soñar menos que antes. Las horas de sueño profundo son más restringidas y pueden despertarse con mayor facilidad por problemas físicos o exposición a la luz, o quizá como resultado de cambios relacionados con la edad en la capacidad del cuerpo para regular los ciclos circadianos de sueño y vigilia. Sin embargo, puede ser peligroso suponer que los problemas del sueño son normales en el envejecimiento. El insomnio o falta de sueño crónica puede ser un síntoma. (Papalia y Martorell, 2015).

Causas de los trastornos del sueño en los adultos mayores:

Los problemas del sueño son frecuentes en las personas mayores. En general, la cantidad necesaria de sueño permanece constante a lo largo de la vida adulta. En el caso de los adultos mayores el sueño es menos profundo y más entrecortado que el sueño en las personas más jóvenes y los trastornos de sueño que pueden padecer se deben a diferentes causas (Martín, 2018):

- Alcohol
- Depresión
- Dolor causado por enfermedades como la artritis
- Orinar frecuentemente durante la noche
- Cambios en el reloj interno natural del cuerpo
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedades crónicas como insuficiencia cardiaca
- No ser muy activo
- Afecciones neurológicas y cerebrales
- Estimulantes como la cafeína y la nicotina

Consecuencias de los trastornos del sueño en los adultos mayores:

Las consecuencias de los trastornos del sueño que refieren tener los adultos mayores pueden llevar a consecuencias graves (D'Hyver, 2018):

- Propensión a errores y accidentes
- Alteraciones en la memoria
- Estreñimiento
- Retención urinaria o incontinencia nocturna
- Deshidratación
- Efectos propios de los fármacos
- Confusión
- Somnolencia diurna
- Cambios en el estado anímico
- Disminución de la motivación, energía e iniciativa

Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se define como un declive de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad de cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visuoespacial ya sea debido a las

alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores (Pérez, 2005).

El encéfalo es un órgano posmitótico, aunque se sabe que en determinadas regiones persisten fenómenos neurogénicos. Como consecuencia de esta característica, cuando las neuronas se pierden por cualquier causa, son difícilmente recuperables, por lo que el número total de neuronas se pierden por cualquier causa. A partir de los 60 años de edad, el cerebro pierde de 2 a 3 g. de peso anualmente. Estos cambios morfológicos generales también se atribuyen a modificaciones en la sustancia blanca de las regiones filogenéticamente más evolucionadas. Las interrupciones relacionadas con la edad que aparecen en la conectividad entre las zonas cerebrales producen efectos perjudiciales sobre la memoria episódica y las funciones ejecutivas en los adultos mayores, subrayando la importancia que esas redes de conectividad neural tienen en la comprensión del envejecimiento cerebral normal (Arriola et al., 2014).

El deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento (Camargo y Laguado, 2017)

Memoria y envejecimiento:

La funcionalidad cognitiva de cualquier sujeto es el resultado del desempeño universal de la percepción, atención, destreza viso-espacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, ciertos de los cuales padecen cualquier nivel de deterioro variable con el envejecimiento. Por ello, abordaremos las funciones de la memoria afectadas con el envejecimiento:

- *Memoria de trabajo:* Comprende la tenencia y la manipulación de la información a medida que se procesa otras labores, como retener una corta lista de palabras para ordenarla alfabéticamente. Además, incluye la rapidez de trabajo, memoria y aprendizaje verbal y viso—espacial, con más grande afectación de la cognición viso-espacial que la verbal.
- *Memoria episódica:* es la memoria de los hechos de nuestras propias vidas personales, de nuestras propias vivencias. Tanto la memoria episódica como la de trabajo son las que más se deterioran con el envejecimiento.
- *Memoria prospectiva:* Comprende la capacidad para recordar la ejecución de una acción en el futuro, tales como recordar una cita o la toma de medicación.

Con la edad además declina la capacidad para recordar nueva información de texto, hacer inferencias desde esta, entrar a conocimientos de la memoria remota e integrarla con nueva información de texto. En términos generales, se perjudica más la memoria a largo plazo que la memoria a corto plazo. En relación a las superficies cognitivas diversas a la memoria, la capacidad de focalizar la atención y hacer una labor fácil, denominada atención sostenida, se preserva con un óptimo funcionamiento en el adulto mayor (Custodio et al., 2012).

Causas del deterioro cognitivo en adultos mayores:

La pérdida de memoria, de atención y de fluidez a la hora de hablar son algunos de los síntomas más asociados al deterioro cognitivo, es por eso que las siguientes causas pueden estar implicadas en ello (ISES, 2016):

- *Cambios en relación a la sociedad:* Uno de los más importantes componentes que inciden en la pérdida de facultades es aislarse de todo el mundo que les rodea y no tener contacto con otras personas. Dicha soledad causa una dejadez y falta de interés que termina repercutiendo de manera directa en las habilidades de las personas, y cómo no, en la memoria, realizando que esta disminuya.
- *Cambios psicológicos:* La psicología propia de cada uno incide de forma directa en las facultades mentales del individuo. Por una sección, los trastornos de

estrés o la depresión tienen la posibilidad de hacer que el desgaste de neuronas sea más grande, propiciando de esta forma, las pérdidas de memoria. Por otro lado, los pensamientos negativos acerca del no poder realizar acciones asociados al envejecimiento, hacen que bastantes personas mayores no traten de mejorar y de realizar las ocupaciones que previamente sí podían hacer. Se debe considerar que con el envejecimiento, independientemente del deterioro o no, hay facultades que se lentifican de manera inevitable, con lo cual se debe aceptar que son normales.

- *Cambios en el organismo*: hay cambios propios del organismo que propician el hecho de sufrir una degeneración cognitiva más grave. La pérdida de neuronas y la no regeneración inmediata de éstas, la pérdida de la vista con la imposibilidad de reconocer objetos correctamente, etc., son algunos de los cambios en el organismo que tienen la posibilidad de influir en el deterioro cognitivo de una persona.

Tipos de deterioro cognitivo:

Según el grado de deterioro que presente cada paciente se clasificarán en (Queralt, 2016):

- *Deterioro cognitivo leve*: Deterioro de la memoria y de algunas funciones cognitivas superiores, a menudo no se pueden objetivar, sin ninguna repercusión sobre la vida diaria del adulto mayor.
- *Demencia leve*: Se comienza a afectar la situación funcional del adulto mayor. Comienzan a resentirse de forma leve las actividades de la vida diaria. El adulto mayor suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas muy conocidas, se evidencian problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en su conducta como mal humor, irritabilidad, etc.
- *Demencia moderada*: En esta etapa los síntomas cognitivos se hacen más evidentes, afectando diversas áreas de la vida del paciente como la dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporoespacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etc. Se afectan las actividades básicas de la vida diaria.
- *Demencia grave*: En la mayoría de los casos ya se dificulta la comunicación con el adulto mayor ya que no comprende lo que se le dice y lo que trasmite no tiene sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. El adulto mayor es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación

El alcance del estudio es de tipo correlacional ya que tiene por finalidad conocer la relación entre las dos variables expuestas. Asimismo, cuenta con un diseño de estudio no experimental de corte transversal porque se van a recolectar los datos en un solo momento (Hernández et al., 2014).

3.2. Población y muestra

Este estudio comprende la población de los adultos mayores de 65 años a más, residentes en el distrito de Chorrillos, se tomaron en cuenta ambos sexos. La población en mención correspondió a tres centros parroquiales donde se evaluó a 22 adultos mayores, tres casas de reposo donde se evaluó a 32 adultos mayores y de la zona urbana donde se evaluó a 46 adultos mayores, por lo tanto, se procedió a evaluar a 100 adultos mayores. Es por ello, que en el estudio se realizó un censo que consta de un conjunto de actividades destinadas a recoger y recopilar datos a toda una población determinada. Las encuestas se realizaron en el año 2021.

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores del distrito de Chorrillos.
- Adultos mayores de ambos sexos, mayores de 65 años.
- Adultos mayores y/o familiares directos que acepten y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no deseen participar de la investigación.
- Adultos mayores que no hayan completado adecuadamente los instrumentos.
- Adultos mayores que presenten alguna dificultad y/o discapacidad que les impidan resolver los instrumentos.

3.3. Variables

3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

Variables principales:

- Calidad de sueño: Se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día y no solamente es importante como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida (Borquez, 2011). La calidad de sueño es una variable cualitativa politómica ordinal que será medida mediante el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, adaptado en el Perú en el 2015 por Luna, Robles y Agüero, donde se categoriza en cuatro niveles: Sin problemas de sueño (0 a 5 puntos), merece atención médica (5 a 7 puntos), merece atención y tratamiento (8 a 14 puntos) y problemas de sueño grave (15 a más puntos).
- Deterioro cognitivo: Se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores (Queralt, 2016). El deterioro cognitivo es una variable cualitativa politómica ordinal que será medida por el Test de Pfeiffer, utilizado en el Perú por el MINSA desde el año 2010 donde se evalúan tres procesos: Memoria, orientación y atención. Asimismo, presenta los siguientes niveles:

Deterioro cognitivo leve (3 a 4 puntos), deterioro cognitivo moderado (5 a 7 puntos) y deterioro cognitivo severo (8 a más puntos).

Variables sociodemográficas:

- Sexo: Es una variable cualitativa nominal, la cual es un conjunto de condiciones orgánicas de los individuos dividiéndose en masculinos y femeninos.
 - Masculino
 - Femenino
- Edad: Es una variable cuantitativa discreta de razón. Esta es el tiempo que ha vivido una persona.
- Grado de instrucción: Es una variable cualitativa ordinal. Es el grado más elevado de estudios realizados.
 - Primaria
 - Secundaria
 - Técnico Superior
 - Universitario
- Estado civil: Es una variable cualitativa nominal. Es la condición de una persona en relación a su matrimonio que se hace constar en el registro civil.
 - Soltero
 - Casado
 - Conviviente
 - Divorciado
 - Viudo
- Trabajo: Es una variable cualitativa nominal. Es la acción y efecto de trabajar, una ocupación retribuida.
 - Sí
 - No
- Centro de pertenencia: Es una variable cualitativa nominal. Es el lugar donde una persona es parte de ella.
 - Centros parroquiales
 - Casa de Reposo
 - ESSALUD
 - Postas Médicas
 - Casa del Adulto Mayor
 - Zona urbana
- Presencia de hijos: Es una variable cualitativa nominal. Es la existencia a partir de la concepción por igual de la duración del embarazo.
 - No
 - Sí
- Lugar de nacimiento: Es una variable cualitativa nominal. Es el lugar natal donde nació la persona censada.
 - Lima
 - Otro departamento
- Nivel de dependencia en actividades diarias: Es una variable cualitativa ordinal. Es un estado permanente que se encuentra en las personas por diversas razones.
 - Dependiente
 - Poco dependiente
 - Independiente

3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos

Plan de recolección de datos

Para recolectar los datos necesarios para llevar a cabo la investigación, se consideró las siguientes etapas:

Primero, se presentó una solicitud adjuntando los documentos que certifican la aprobación del proyecto de investigación, dirigido a los directores de las casas de reposo, asimismo se presentó la solicitud al Párroco de los centros parroquiales; con el objetivo de tener el acceso a dicha población. Con respecto a la zona urbana, se realizó la solicitud personalmente a cada adulto mayor.

Luego, se esperó la respuesta de las casas de reposo y de los centros parroquiales mediante correo electrónico, donde se especificó la cantidad de adultos mayores con accesibilidad.

Después, se procedió a coordinar una fecha con la dirección de las casas de reposo y centros parroquiales para poder ir a presentarme con los adultos mayores y posteriormente, poder aplicarles los instrumentos.

Al estar en el contexto social de aislamiento social por la pandemia ocasionada por el COVID-19, al acercarse al establecimiento para poder aplicar los instrumentos de manera presencial, se acudía con los resultados donde se evidenciaba que no se contraía el virus, asimismo se realizaba la desinfección protocolar y, seguidamente, se procedía a tener el contacto con los adultos mayores.

Al culminar la aplicación, se procedió a calificar cada prueba y se trasladó los resultados a una base de datos en el programa STATA 15.

Instrumentos:

- *Para la variable Calidad de sueño:*

Ficha Técnica

Nombre: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Autores: Daniel Buysse, Charles Reynolds III, Timothy Monk, Susan Berman y David Kupfer (1988).

Validación y adaptación: Ybeth Luna, Yolanda Robles y Ysela Agüero (2015).

Objetivo: Evaluar la calidad de sueño en adultos mayores de una Casa de Reposo.

Ítems y tipos: Consta de 19 ítems con 5 opciones

0. Ninguna vez en las últimas cuatro semanas
1. Menos de una vez a la semana
2. Una o dos veces a la semana
3. Tres o más veces a la semana

Tiempo de aplicación: Aproximadamente de 10 a 15 minutos.

Margen de aplicación: Desde los 18 años

Administración: Individual o colectiva.

Normas de corrección y calificación:

Para la corrección de este instrumento se debe de considerar que todos los ítems de los cuestionarios estén correctamente llenados.

- De 0 a 5 puntos se califica como "Sin problemas de sueño".
- De 5 a 7 se califica como "Merece atención médica".

- De 8 a 14 se califica como “Merece atención y tratamiento”.
- De 15 a más se califica como “Problema de sueño grave”.

Validez y confiabilidad:

Luna et al. (2015) realizaron la adaptación peruana del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una población adulta de Lima Metropolitana y Callao. Se llevó a cabo una validez de constructo ya que se examinó mediante el análisis factorial exploratorio por el método de extracción de los componentes principales sin rotación. Para evaluar la consistencia interna del ICSP se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach, así como los coeficientes de correlación de Pearson entre las puntuaciones de los componentes y entre los componentes y la suma total. Por ende, al evaluar la validez de constructo mediante el análisis factorial, se reconocieron 3 factores que explicaron el 60,2% de la varianza. Asimismo, se mostró que mediante el análisis de la consistencia interna un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,56, la cual indica una moderada confiabilidad en la prueba.

- *Para la variable Deterioro cognitivo*

Ficha Técnica

Nombre: Test de Pfeiffer.

Autor: Eric Pfeiffer (1975)

Adaptado por: MINSA (2010)

Objetivo: Identificar si existe deterioro cognitivo en adultos mayores de una Casa de Reposo.

Margen de aplicación: De 60 años a más.

Forma de aplicación: Individual o colectiva.

Tiempo de aplicación: Aproximadamente de 10 a 12 minutos.

Contenido: El test está conformado por 10 ítems:

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? O ¿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 e tres desde 29.

Normas de corrección y calificación:

Para la corrección de este instrumento se debe de marcar con “1” punto por cada respuesta errada y “0” por cada respuesta totalmente acertada. Las personas con primaria incompleta y analfabeta se restará un punto a la suma total y se procede a la valoración de acuerdo con la valoración respectiva.

- De 0 a 2 puntos se califica como “No deterioro cognitivo”
- De 3 a 4 puntos de califica como “Deterioro cognitivo leve”
- De 5 a 7 puntos se califica como “Deterioro cognitivo moderado”
- De 8 a 10 puntos se califica como “Deterioro cognitivo severo”

Validez y confiabilidad

En el año 2006 según la Resolución Ministerial N°529-2006/MINSA aprueban la elaboración de la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas mayores” donde tiene como objetivo fortalecer las acciones destinadas a la atención integral de salud de las personas mayores, respecto a la promoción, prevención de riesgos, recuperación y rehabilitación del daño, en los establecimientos de salud públicos y privados. Es por ello que en el numeral 6.2 Componente de Prestación en el punto Criterios de definición y selección de las Personas Adultas Mayores a través del VACAM en el apartado “C” se encuentra el Test de Pfeiffer para detectar la valoración cognitiva de la Persona Adulta Mayor.

3.5. Plan de análisis e interpretación de la información

La base de datos se analizó y procesó por el programa STATA 15, donde se adaptó el nivel de significancia del 5% ($p \leq 0.05$) para rechazar la hipótesis nula y contar con un nivel de confianza de 95%.

Análisis descriptivo:

Las variables cualitativas de la presente investigación fueron presentadas mediante la frecuencia y el porcentaje, mientras que, las variables cuantitativas fueron presentadas mediante la desviación estándar y la media.

Análisis inferencial:

Para las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado donde se pudo obtener los resultados de la relación entre ambas variables principales y su relación con las variables sociodemográficas. Asimismo, las variables cuantitativas fueron medidas con la prueba Kruskal Wallis y se utilizó la prueba Shapiro Wilk para evaluar la normalidad.

3.6. Ventajas y limitaciones

Ventajas

- Se realizó el estudio con una población poco estudiada.
- Se realizó el estudio de tipo correlacional.
- El diseño de investigación es transversal ya que se realizó en poco tiempo y a bajo costo.

Limitaciones

- La población fue de difícil acceso.
- El tamaño de la población fue pequeño.
- No se analizaron la causa-efecto entre las variables.
- La aplicación solo se realizó en un distrito.
- Al ser un estudio correlacional no se pudo realizar asociaciones entre las variables.
- Sesgo de deseabilidad social, para controlar ello se tuvo que conversar con cada participante, se le explicó de qué consistían las preguntas e indicó que podían ser totalmente sinceros ya que no había respuestas buenas o malas
- Los resultados que se obtuvieron solo son válidos para la población de la presente investigación.

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio valora el respeto hacia los seres humanos por principios éticos y se promoverá el bienestar de uno mismo y de los demás. Es así, que nos regimos bajo los principios establecidos por las autoridades pertinentes, quienes nos guían y educan en el buen desempeño de investigación profesional, siempre teniendo en cuenta el bien de los demás y la responsabilidad social que conlleva la presente investigación. Nos respaldamos en los principios y criterios que se detallan a continuación:

- **Respeto a la confidencialidad**
Se respetó la confidencialidad ya que los datos de los cuestionarios fueron protegidos y no divulgados.
- **Respeto de la privacidad**
Se respetó la decisión si en caso el participante no decida llenar alguna información.
- **No discriminación y libre participación**
Se respetó con justicia e igualdad a todos los participantes.
- **Consentimiento informado a la participación de la investigación**
Se les informó a los participantes sobre la finalidad de estudio, las características de la investigación y la posibilidad de elegir continuar en él.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

De los 100 adultos mayores encuestados, la edad promedio fue de 71.9 años, el 59% fueron mujeres, el 31% culminaron los estudios de nivel secundaria, el 44% eran casados, el 81% tienen hijos, el 80% no trabaja, el 46% pertenecen a la zona urbana, el 55% nació fuera del departamento de Lima y el 88% es independiente en sus actividades diarias. El resto de los resultados se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de los factores sociodemográficos

| | n | % |
|------------------------------|----------|-----|
| Sexo | | |
| Femenino | 59 | 59% |
| Masculino | 41 | 41% |
| Edad (m±DS) | 71.9±5.0 | |
| Instrucción | | |
| Primaria | 28 | 28% |
| Secundaria | 31 | 31% |
| Técnico Superior | 14 | 14% |
| Universitario | 27 | 27% |
| Estado civil | | |
| Soltero | 42 | 42% |
| Casado | 44 | 44% |
| Conviviente | 2 | 2% |
| Viudo | 12 | 12% |
| Presencia de hijos | | |
| Sí | 81 | 81% |
| No | 19 | 19% |
| Trabajo | | |
| Sí | 20 | 20% |
| No | 80 | 80% |
| Centro de pertenencia | | |
| Centros parroquiales | 22 | 22% |
| Casa de reposo | 32 | 32% |
| Zona urbana | 46 | 46% |
| Lugar de nacimiento | | |
| Lima | 45 | 45% |
| Otro departamento | 55 | 55% |
| Nivel de dependencia | | |
| Dependiente | 4 | 4% |
| Poco dependiente | 8 | 8% |
| Independiente | 88 | 88% |

En la tabla 2, de los 100 adultos mayores encuestados, el 70% presenta una valoración cognitiva normal y el 36% merece atención y tratamiento médico con respecto a su calidad de sueño. El resto de los resultados se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Descripción de las variables principales

| | n | % |
|-------------------------------|----|-----|
| Deterioro cognitivo | | |
| Valoración cognitiva normal | 70 | 70% |
| Deterioro leve | 25 | 25% |
| Deterioro moderado | 5 | 5% |
| Calidad de sueño | | |
| Sin problemas de sueño | 32 | 32% |
| Merece atención medica | 23 | 23% |
| Merece atención y tratamiento | 36 | 36% |
| Problema grave de sueño | 9 | 9% |

En la tabla 3, no se encontró relación entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo ($p=0.06$), es decir que el 27% de los adultos mayores que no presentaba deterioro cognitivo, merece atención y tratamiento médico en su calidad de sueño. Por otro lado, se encontró asociación entre el lugar de nacimiento y la calidad de sueño ($p=0.004$) mostrando que el 47% de los adultos mayores que nacieron en otra región diferente a Lima reportó una calidad de sueño que merece atención y tratamiento médico. Véase la tabla 3.

Tabla 3. Asociación entre los factores sociodemográficos y el deterioro cognitivo con la calidad de sueño

| | Calidad de Sueño | | | | | | | | P |
|-----------------------------|------------------------|-----|------------------------|-----|-------------------------------|-----|--------------------------|-----|------|
| | Sin problemas de sueño | | Merece atención médica | | Merece atención y tratamiento | | Problemas de sueño grave | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Deterioro cognitivo | | | | | | | | | 0.06 |
| Valoración cognitiva normal | 19 | 27% | 18 | 26% | 26 | 37% | 7 | 10% | |
| Deterioro leve | 11 | 44% | 4 | 16% | 10 | 40% | 0 | 0% | |
| Deterioro moderado | 2 | 40% | 1 | 20% | 0 | 0% | 2 | 40% | |
| Edad (media/DS) | 71.2±4.9 | | 71.3±5.7 | | 73.3±3.9 | | 70±6.6 | | 0.2 |
| Sexo | | | | | | | | | 0.6 |
| Femenino | 21 | 36% | 13 | 23% | 21 | 36% | 5 | 7% | |
| Masculino | 11 | 27% | 10 | 24% | 15 | 37% | 5 | 12% | |

Continuación de la Tabla 3.

| | | | | | | | | | |
|------------------------------|----|-----|----|-----|----|-----|---|-----|-------|
| Instrucción | | | | | | | | | 0.9 |
| Primaria | 11 | 39% | 7 | 25% | 9 | 32% | 1 | 4% | |
| Secundaria | 9 | 29% | 6 | 19% | 13 | 42% | 9 | 10% | |
| Técnico Superior | 4 | 29% | 3 | 21% | 5 | 36% | 2 | 14% | |
| Universitario | 8 | 30% | 7 | 26% | 9 | 33% | 3 | 11% | |
| Estado civil | | | | | | | | | 0.2 |
| Soltero | 18 | 42% | 4 | 10% | 16 | 38% | 4 | 10% | |
| Casado | 9 | 20% | 15 | 34% | 16 | 36% | 4 | 10% | |
| Conviviente | 0 | 0% | 1 | 50% | 1 | 50% | 0 | 0% | |
| Viudo | 5 | 42% | 3 | 25% | 3 | 25% | 1 | 8% | |
| Hijos | | | | | | | | | 0.2 |
| Sí | 24 | 30% | 22 | 27% | 28 | 35% | 7 | 8% | |
| No | 8 | 42% | 1 | 5% | 8 | 42% | 2 | 11% | |
| Trabajo | | | | | | | | | 0.4 |
| Sí | 7 | 35% | 2 | 10% | 9 | 45% | 2 | 10% | |
| No | 25 | 31% | 21 | 26% | 27 | 34% | 7 | 9% | |
| Centro de pertenencia | | | | | | | | | 0.5 |
| Centros parroquiales | 5 | 23% | 7 | 31% | 9 | 41% | 1 | 5% | |
| Casa de reposo | 14 | 44% | 6 | 19% | 9 | 28% | 3 | 9% | |
| Zona urbana | 13 | 28% | 10 | 22% | 18 | 39% | 5 | 11% | |
| Lugar de nacimiento | | | | | | | | | 0.004 |
| Lima | 18 | 40% | 9 | 20% | 10 | 22% | 8 | 18% | |
| Otro departamento | 14 | 25% | 14 | 25% | 26 | 47% | 1 | 3% | |
| Nivel de dependencia | | | | | | | | | 0.7 |
| Dependiente | 2 | 50% | 0 | 0% | 10 | 22% | 8 | 18% | |
| Poco dependiente | 3 | 38% | 1 | 12% | 3 | 38% | 1 | 12% | |
| Independiente | 27 | 31% | 22 | 25% | 32 | 36% | 7 | 8% | |

En la tabla 4, se encontró una asociación entre el centro de pertenencia y el deterioro cognitivo ($p=0.005$) mostrándose que el 76% de los adultos mayores se encontraban en la zona urbana. También se halló relación entre el nivel de dependencia y el deterioro cognitivo ($p=0.00$) evidenciándose que el 74% de los adultos mayores son independientes. Véase la tabla 4.

| | Deterioro cognitivo | | | | | | P |
|------------------------------|-----------------------------|------|----------------|-----|--------------------|-----|-------|
| | Valoración cognitiva normal | | Deterioro leve | | Deterioro moderado | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Edad (media/DS) | 71.2±4.9 | | 73.3±4.0 | | 74.6±9.1 | | 0.06 |
| Sexo | | | | | | | 0.1 |
| Femenino | 43 | 73% | 15 | 25% | 1 | 2% | |
| Masculino | 27 | 66% | 10 | 24% | 4 | 10% | |
| Instrucción | | | | | | | 0.2 |
| Primaria | 16 | 57% | 9 | 32% | 3 | 11% | |
| Secundaria | 21 | 68% | 10 | 32% | 0 | 0% | |
| Técnico Superior | 12 | 86% | 1 | 7% | 1 | 7% | |
| Universitario | 21 | 78% | 2 | 19% | 1 | 4% | |
| Estado civil | | | | | | | 0.7 |
| Soltero | 29 | 69% | 11 | 26% | 2 | 5% | |
| Casado | 33 | 75% | 9 | 20% | 2 | 5% | |
| Conviviente | 2 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| Viudo | 6 | 50% | 5 | 42% | 1 | 8% | |
| Hijos | | | | | | | 0.4 |
| Sí | 59 | 73% | 18 | 22% | 4 | 5% | |
| No | 11 | 58% | 7 | 37% | 1 | 5% | |
| Trabajo | | | | | | | 0.5 |
| Sí | 16 | 80% | 3 | 15% | 1 | 5% | |
| No | 54 | 68% | 22 | 28% | 4 | 5% | |
| Centro de pertenencia | | | | | | | 0.005 |
| Centros parroquiales | 20 | 91% | 2 | 9% | 0 | 0% | |
| Casa de reposo | 15 | 47% | 10 | 41% | 4 | 12% | |
| Zona urbana | 35 | 76% | 10 | 22% | 1 | 2% | |
| Lugar de nacimiento | | | | | | | 0.7 |
| Lima | 31 | 69% | 11 | 24% | 3 | 7% | |
| Otro departamento | 39 | 71% | 14 | 25% | 2 | 4% | |
| Nivel de dependencia | | | | | | | 0.00 |
| Dependiente | 3 | 75% | 0 | 0% | 1 | 25% | |
| Poco dependiente | 2 | 25% | 2 | 25% | 4 | 50% | |
| Independiente | 65 | 74% | 23 | 26% | 0 | 0% | |

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión

Los resultados demuestran que no existe una relación significativa entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo. Además, se observa que la calidad de sueño se relaciona con el lugar de nacimiento y el deterioro cognitivo se relaciona con la edad, centro de pertenencia y el nivel de dependencia.

Esta investigación afirma que no existe alguna relación entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo. En diversas investigaciones que se encuentran sobre las variables en mención se afirma que existe una relación entre ambas (Cruz et al., 2018; Niu et al., 2016). Sin embargo, esta investigación se ha realizado en un contexto de pandemia que atravesamos como sociedad donde los adultos mayores son una población vulnerable y no son expuestos al medio, es por ello que no se está evidenciando una interrupción en el sueño en los adultos mayores (Fernández et al., 2021). Es así que lo hallado en el presente estudio puede reflejar que el apoyo brindado por los cuidadores en las casas de reposos y las familias de los adultos mayores de la zona urbana son probablemente esenciales para seguir garantizando la salud de la población en mención.

Los adultos mayores que nacieron fuera de Lima reportaron una calidad de sueño que merece atención y tratamiento médico. En un estudio similar también se indicó que residentes rurales están potencialmente relacionados con la calidad de sueño (Alves et al., 2021). Es así que se afirma que la calidad de sueño en países hispanos y latinoamericanos se evidenciaron altos niveles de insomnios y ronquidos. Esto se debe a que, en las últimas décadas, el desarrollo urbano y la migración aún no se ha extendido a la mayor parte de la población hispana y latina lo que los lleva a condicionar sus estilos de vida menos favorables y que producen trastornos del dormir (Vásquez et al., 2012). Asimismo, se puede inferir que dicho resultado es porque los participantes del presente estudio aún conservan los horarios de actividad de su ciudad natal y no logran adecuarse al horario donde residen actualmente.

El centro de pertenencia está relacionado significativamente con el deterioro cognitivo. En otro estudio se afirmó que los adultos mayores que residen en una casa de reposo presentaron altos niveles de deterioro cognitivo mientras que los adultos mayores que vivían en sus casas tuvieron menos presencia de deterioro cognitivo. Esto infiere que las familias son un soporte importante para el rendimiento cognitivo del adulto mayor (Ayala, 2017). Asimismo, se puede identificar que son escasos los estudios donde toman en cuenta esta variable, sin embargo, es importante estudiarla para conocer el impacto que ocasiona el centro o lugar de residencia donde se ubica el adulto mayor ya que cuando se encuentra ubicado en una casa de reposo no llega a sentirse parte del entorno que lo rodea y ocasiona que no se esfuerce en realizar actividades recreativas y lúdicas para el mantenimiento de sus procesos cognitivos.

El nivel de dependencia se relacionó con el deterioro cognitivo, indicando que los adultos mayores independientes presentan una valoración cognitiva normal. Asimismo, en un estudio similar se menciona que los adultos mayores que no presentan deterioro cognitivo son independientes en sus actividades diarias básicas ya sea que residan en sus casas o en una casa de reposo, esto se debe a que la población en mención no presenta enfermedades neurológicas ni alteraciones en la atención, orientación, memoria, funciones ejecutivas, entre otras, que puedan deteriorar su autonomía funcional (Ayala, 2017). Sin embargo, existe una variedad de estudios en los que los adultos mayores presentan dependencia y deterioro cognitivo (Saldaña et al., 2018) y, por lo contrario, son escasos los estudios donde se pueda evidenciar el resultado obtenido en la presente investigación.

Finalmente, esta investigación presentó limitaciones como solo incluir adultos mayores del distrito de Chorrillos, así como no poder identificar resultados de causa-efecto. Por otro lado, la fortaleza fue realizar el primer estudio en diversos centros del distrito de Chorrillos a pesar del contexto de pandemia que afrontamos como sociedad ante la COVID-19.

5.2. Conclusiones

La tercera edad es una etapa donde los adultos mayores sufren diversos cambios, comienzan a padecer diversas enfermedades crónicas y son propensos a contraer enfermedades transmisibles, lo que los cataloga como una población vulnerable en la sociedad.

En conclusión, la presente investigación no encontró relación significativa entre la calidad de sueño y el deterioro cognitivo, sin embargo, sí se encontró diversas relaciones significativas entre las variables sociodemográficas con las variables principales lo que nos lleva a poder seguir estudiando a la población en mención de la presente investigación.

Los adultos mayores de este estudio probablemente aún conservan el horario diurno y nocturno de su lugar de donde provienen es por ello que se diferencian en su calidad de sueño con respecto a los demás.

Asimismo, posiblemente a mayor edad de una persona adulta mayor, es mayor la probabilidad de padecer deterioro cognitivo ya que los niveles cognitivos se van alterando y debilitando, originando falta de memoria en los adultos mayores del presente estudio.

También, se evidenció que los adultos mayores de la presente investigación, que residen en una casa de reposo, son los que presentan mayores enfermedades patológicas, es por ello la importancia de reconocer la residencia del adulto mayor.

Además, los adultos mayores del presente estudio, que son independientes en sus actividades diarias y funciones motoras, presentan una función cognitiva normal ya que no presentan enfermedades comprometidas para su salud.

5.3. Recomendaciones

En próximos estudios, se sugiere considerar un instrumento que pueda medir el estado emocional de los adultos mayores a evaluar ya que es un factor importante en el proceso de envejecimiento del adulto mayor.

Se sugiere realizar programas de estimulación como talleres de manualidades, talleres de dibujo y pintura, talleres de lecturas, juegos lúdicos, etc. para mantener activas las funciones cognitivas en las casas de reposo, en los centros parroquiales y en las diferentes zonas del distrito de Chorrillos. Estos programas estarán a cargo de la estudiante responsable de la investigación. De igual manera, estos programas tendrán un fin promocional y preventivo de la salud.

Asimismo, se propone realizar talleres para estimular la buena calidad de sueño como talleres de Tai Chi, de estimulación del sueño, etc., para así apoyar el desarrollo de un buen descanso de los adultos mayores.

Se sugiere difundir afiches en las diferentes zonas del distrito de Chorrillos para concientizar a la población sobre los diversos factores de riesgo que podrían provocar deterioro en el aspecto cognitivo y en la calidad de sueño.

También se recomienda que se pueda tomar una prueba cognitiva más amplia ya que la prueba cognitiva que se utilizó en la presente investigación solo refiere resultados globales del deterioro cognitivo más no dan un resultado por cada aspecto como memoria, orientación y atención.

Finalmente, se sugiere realizar charlas informativas a toda la población para dar a conocer la promoción y prevención de la salud de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, R. (2007). Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología* 15, 2-3.
<https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Bases.pdf>
- Alves, É., Lost, S., Moretti, B., Ottaviani, A., Zacarin, J y Inouye, K. (2021). Duración del sueño nocturno y desempeño cognitivo de adultos de la comunidad. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 29, 1-13.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/js8RQDyNF5pghv9cvC8Y8Gz/?lang=es&format=pdf>
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S. y Olazarán, J. (2014). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*.
<https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Ayala, R. (2017). Indicadores de envejecimiento patológico y lugar de residencia en adultos mayores. *Revista de Psicología* 7(2), 11-24.
<https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/57>
- Benavides, M. (2020). *Relación entre el deterioro cognitivo y las actividades instrumentales de la vida diaria de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi, Arequipa 2017-2019* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Perú.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10153>
- Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología* 40(2) 107-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka*, 8(1), 80-91.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v8n1/a09.pdf>
- Buysse, D., Reynolds, III C., Monk, T., Berman, S. & Kupfer, D. (1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2748771/>
- Camargo, K. y Laguado, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga – Santander, Colombia. *Revista Universidad y Salud* 19(2) 163-170. <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
- Cepero, I., González, M., González, O. y Conde, T. (2020). Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *Medisur*, 18(1), 112-125. <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v18n1/1727-897X-ms-18-01-112.pdf>
- Chuquipul, P. e Izaguirre, C. (2018). *Deterioro cognitivo y calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Perú.
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Contreras, Miguel. (2018). *Hipercolesterolemia asociado al desarrollo de deterioro cognitivo en adultos mayores, Hospital San José de Chíncha* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Perú.
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25337/contreras_cm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cruz, T., García L., Álvarez, M. y Manzanero, A. (2018). Calidad del sueño y déficit de memoria en el envejecimiento sano. *Neurología* 1263, 1-7.
<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-calidad-del-sueno-deficit-memoria-S0213485319300039>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, U. y Bendezú, L. (2012) Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *An. Fac. Med.* 73(4), 321 – 330.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v73n4/a09v73n4.pdf>
- D'Hyver, C. (2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Medigraphic* 61(1), 33 – 45. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>
- De la Vega, R. y Zambrano, A. (2018). Deterioro cognitivo leve y envejecimiento normal. *Circunvalación del Hipocampo*. <https://www.hipocampo.org/mci.asp>
- Echevarría, J. y Solano E. (2019). *Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. Perú.
<http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1077/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, S., Guarton, O., Cruz, V. y Armas, A. (2021). Manifestaciones psicológicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Ciencias Básicas Biomédicas Cibamanz 2021*.
<https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/139/72>
- Flores, A. (2018). *Calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con insuficiencia crónica del servicio de DIPAC del HNCASE* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Perú.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7926/76.0362.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ganoza, M., Gonzales, M y Leguía, J. (2017). Calidad e higiene del sueño en asistentes al centro del adulto mayor de EsSalud Chiclayo, Perú 2015. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 3(3), 1-8.
<http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/309>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de a Investigación*. México, DF. Fondo editorial McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Situación de la Población Adulta Mayor*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf

- Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios. (2016). *¿Qué causa el deterioro cognitivo en las personas mayores?*
<https://www.isesinstituto.com/noticia/que-causa-el-deterioro-cognitivo-en-las-personas-mayores>
- Luna, Y., Robles, Y. y Agüero, Y. (2015). Validación del índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental* 31(2) 23-30.
<http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/15/14>
- Martín, L. (2018b). Trastornos del sueño en los ancianos. *MedlinePlus*.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000064.htm>
- Medina, J. (2018). *Relación entre calidad de sueño y tolerancia a la glucosa en personas adultas mayores que acuden al centro del Adulto Mayor de EsSalud Tacna en el año 2016* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Perú.
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3465/147_2018_medin_a_alanoca_jw_espg_maestria_salud_publica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MINSA. (2010). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
- MINSA. (2010). *Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor*.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2848.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2011). *Reseña histórica del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables*.
<https://www.gob.pe/institucion/mimp/informes-publicaciones/322928-resena-historica-del-ministerio-de-la-mujer-y-poblaciones-vulnerables>
- Niu, J., Han H., Wang, Y., Wang, L., Gao, X. y Liao, S. (2016). Sleep quality and cognitive decline in a community of older adults in Daqing City, China. *Sleep Medicine* 17 (2016) 69-74.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945715019802>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *10 datos sobre el envejecimiento y la salud*.
<https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- Papalia, D. y Martorell, G. (2015). *Desarrollo Humano*.
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0250.%20Desarrollo%20humano.pdf>
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana Med Gen Integr* 2005, 21(1-2). <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi171-205.pdf>
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *American Geriatrics Society*, Vol XXIII 10) 433-441. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
- Puente, A. (2012). Memoria y sueño: cómo consolidamos nuestros recuerdos. *Neurowikia*. <http://www.neurowikia.es/content/memoria-y-sueno-como-consolidamos-nuestros-recuerdos#.XtC4vkRKjIU>

- Queralt, M. (2016). *Deterioro cognitivo, concepto y tipos*. Perú: MAPFRE.
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/>
- Rangel, L. y Ramírez, C. (2019). Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. *Neurología Argentina* 11(4), 183-191. <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S1853002819300631>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22° ed.).
<https://www.rae.es/>
- Rui, L., Shi, T., Yong, X. Yi, D., Tingting, H., Yifei, R., Lin, C., Keke, L., Yu, Q., Shireen, S., Yifeng, D. y Cheng, X. (2022). Características del sueño autoinformadas asociadas con la demencia entre adultos mayores chinos que viven en zonas Rurales: un estudio basado en la población. *Neurología BMC* 22(5), 1-13.
<https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-021-02521-0#citeas>
- Saldaña, A., Herrera, J., Esteban, E., Martín, M., Simón, P., Salgado, P., López, S. y Olazarán, J. (2018). Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Revista de Neurología* 67(09), 1-6.
<https://www.neurologia.com/articulo/2018228>
- Valdés, M., Gonzáles, J., y Salisu, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgos asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1 – 15.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi174a.pdf>
- Valdés, P., Durán, S., Godoy, A., Ortega, J., Salvador, N., Guzmán, E. Zapata, J., Díaz, D., Herera, T., Vásquez, J. y Vargas, R. (2018). Relación entre calidad de sueño y calidad de vida con el estado nutricional y riesgo cardiometabólico en adultos mayores físicamente activos. *Nutrición clínica y dietética Hospitalaria*, 38(4), 172- 178.
https://uc3m.libguides.com/guias_tematicas/citas_bibliograficas/APA#articuloe
- Valera, L., Della, A. y Chigne, O. (2000). Valoración Geriátrica integral: Propuesta de adendum a la historia clínica. *Diagnostico* 39(3).
<http://www.fihu.org.pe/revista/numeros/2000/mayjun00/135-147.html>
- Vásquez, J., Lorenzi, G. y López, M. (2012). Síntomas y trastornos del dormir en hispanos y latinos: ¿Son poblaciones diferentes? *Neumol Cir Torax* 71(4) 364-371. <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2012/nt124j.pdf>
- Velayos, J., Moleres, F., Irujo, A., Yllanes, D. y Paternain, B. (2007). Bases anatómicas del sueño. *An. Sist. Sanit. Navar.* 30(1), 7-17.
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/02.pdf>
- Zavala, A. (2019). *Calidad de vida y del sueño en el adulto mayor. "Centro Residencial GAD Municipal" Chambo, 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Ecuador.
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5979/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2019-0026.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°01:

Consentimiento Informado

Institución: Centro de adulto mayor, centros parroquiales, centros comunitarios, casas de reposo y zona urbana.

Investigadora: Chirinos Quispe, Elizabeth Noelia

Título de la investigación: Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos.

Propósito del Estudio

Se le invita a participar en este estudio que lleva por título: "Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos". Esta investigación se encuentra realizado por la investigadora de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. Asimismo, la presente está dirigida a recolectar información sobre calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores.

Procedimientos

Al aceptar participar en este estudio se tendrá en cuenta que:

1. Se le hará entrega de dos instrumentos: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y el Test de Pfeiffer
2. Se requerirá de un tiempo aproximado 90 minutos.

Riesgos

*Los participantes de este estudio se encuentran fuera de riesgos.

Beneficios

*Al participar en la presente investigación y en coordinación con la investigadora, usted se verá beneficiado con una sesión de orientación y consejería.

Costos e incentivos

*Usted no realizará ningún pago por participar dentro de este estudio. También existirá la satisfacción de haber colaborado en los avances de este estudio.

Confidencialidad

El equipo de investigación se hará cargo de guardar su información en un programa (Excel 2010) y así conservar los resultados de manera segura. En consecuencia, si se llegan a publicar los resultados del presente estudio, sus datos y la información que sea motivo de identificación personal no serán mostrados, en caso contrario se pedirá primero su consentimiento.

Derechos de la persona a evaluar

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a la investigadora encargada de realizarlo o puede llamar al teléfono: 940793504.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, comprendo las instrucciones, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

*Participante

*Nombre:

*DNI:

ANEXO N°02:

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Por favor conteste las siguientes preguntas y marque con una "X" en el lugar que corresponda, según sea su situación:

- 1. Edad:** _____
- 2. Sexo:** Masculino ()
 Femenino ()
- 3. Grado de Instrucción:** Primaria ()
 Secundaria ()
 Técnico Superior ()
 Universitario ()
- 4. Estado civil:** Soltero ()
 Casado ()
 Conviviente ()
 Divorciado ()
 Viudo ()
- 5. Presencia de hijos:** Sí ()
 No ()
- 6. Trabajo:** Sí ()
 No ()
- 7. Centro de pertenencia:** Centros parroquiales ()
 Casa de Reposo ()
 Postas Médicas ()
 Casa del Adulto Mayor ()
 Zona urbana ()
- 8. Nivel de dependencia en actividades diarias:** Dependiente ()
 Poco dependiente ()
 Independiente ()

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO N°03: Test de Pfeiffer

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

| |
|--|
| 1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1) |
| 2. ¿Qué día de la semana? |
| 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 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.

ANEXO N°04: Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

1. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuál ha sido su hora de irse a acostar? (utilice sistema de 24 horas)
Escriba la hora habitual en que se acuesta:

2. **En las últimas 4 semanas**, normalmente ¿cuánto tiempo habrá tardado en dormirse (conciliar el sueño) en las noches?
Escriba el tiempo en minutos:

3. **En las últimas 4 semanas**, habitualmente ¿a qué hora se levantó de la cama por la mañana y no ha vuelto a dormir? (Utilice sistema de 24 horas)
Escriba la hora habitual de levantarse:

4. **En las últimas 4 semanas**, en promedio, ¿cuántas horas efectivas ha dormido por noche? Escriba la hora que crea que durmió:

5. **En las últimas 4 semanas**, ¿Cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

| | 0 | 1 | 2 | 3 | No responde |
|---|--------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| | Ninguna vez en las 4 últimas semanas | Menos de una vez en la semana | Uno o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana | |
| a. No poder quedarse dormido(a) en la primera media hora. | | | | | |
| b. Despertarse durante la noche o la madrugada. | | | | | |
| c. Tener que levantarse temprano para ir al baño. | | | | | |
| d. No poder respirar bien. | | | | | |
| e. Toser o roncar ruidosamente. | | | | | |
| f. Sentir frío. | | | | | |
| g. Sentir demasiado calor. | | | | | |
| h. Tener pesadillas o "malos sueños". | | | | | |
| i. Sufrir dolores. | | | | | |
| j. Otros: (Especifique) | | | | | |

6. En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)

| | 0 | 1 | 2 | 3 | No responde |
|--|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| | Ninguna vez en las últimas 4 semanas | Menos de una vez a la semana | Uno o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana | |
| ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir por su cuenta? | | | | | |
| ¿Cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir recetadas por el médico? | | | | | |

7. En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)

| | 0 | 1 | 2 | 3 | No responde |
|---|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| | Ninguna vez en las últimas 4 semanas | Menos de una vez a la semana | Uno o dos veces a la semana | Tres o más veces a la semana | |
| ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia (o mucho sueño), cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad? | | | | | |
| ¿Ha representado para usted mucho problema el “mantenerse despierto(a) cuando conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad? | | | | | |

8. En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|------|------|--------------------|------------------|
| | Nada | Poco | Regular o moderado | Mucho o bastante |
| ¿Qué tanto problema ha tenido para mantenerse animado(a) o entusiasmado(a) al llevar a cabo tareas o actividades? | | | | |

9. En las últimas 4 semanas (marcar la opción más apropiada)

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|----------------|-------|------|---------------|
| | Bastante bueno | Bueno | Malo | Bastante malo |
| ¿Cómo valoraría o calificaría la calidad de sueño? | | | | |

CALIFICACIÓN:

- Componente 1: #9 puntuación C1: _____
- Componente 2: #2 puntuación: C2: _____
 - 0 = menos de 15 min.
 - 1 = 16 – 30 min.
 - 2 = 31 – 60 min.
 - 3 = más de 60 min.
- + #5a puntuación:
Si la suma es igual a:
 - 0 = 0
 - 1 – 2 = 1
 - 3 – 4 = 2
 - 5 – 6 = 3
- Componente 3: #4 puntuación C3: _____
 - Más de 7 = 0
 - 6 – 7 = 1
 - 5 – 6 = 2
 - Menos de 5 = 3
- Componente 4: $\frac{\text{Total de \# de horas dormidas}}{\text{Total de \# de horas en cama}} \times 100$ C4: _____
 - Más del 85% = 0
 - 75 – 84% = 1
 - 65 – 74% = 2
 - Menos del 65% = 3
- Componente 5: #Suma de puntuaciones 5b a 5j: C5: _____
 - 0 = 0
 - 1 – 9 = 1
 - 10 – 18 = 2
 - 19 – 27 =
- Componente 6: #6 puntuaciones C6: _____
- Componente 7: #7 puntuaciones + #8 puntuaciones C7: _____
 - 0 = 0
 - 1 – 2 = 1
 - 3 – 4 = 2
 - 5 – 6 = 3

Sume las puntuaciones de los siete componentes:

ICSP puntuación
Global: _____

ANEXO N°05:

Matriz de Consistencia

“Calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos”

| Problema | Objetivo | Hipótesis | Población y Muestra | Diseño y tipo de estudio | Variables y técnicas de recolección de datos | Análisis estadístico |
|--|--|--|--|---|---|---|
| <p>Problema general ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos?</p> <p>Problemas específicos - ¿Cuáles son los niveles predominantes de la calidad de sueño en adultos mayores del distrito de Chorrillos? - ¿Cuáles son los niveles predominantes de deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos?</p> | <p>Objetivo General Determinar la relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos.</p> <p>Objetivo específico - Describir los niveles predominantes de la calidad de sueño en adultos mayores del distrito de Chorrillos. - Describir los niveles predominantes de deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos.</p> | <p>Hipótesis Existe relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos</p> <p>Hipótesis nula: No existe relación entre la calidad de sueño y deterioro cognitivo en adultos mayores del distrito de Chorrillos</p> | <p>Población: 100 adultos mayores entre 65 a más del distrito de Chorrillos.</p> <p>Criterios de inclusión: -Adultos mayores del distrito de Chorrillos. -Adultos mayores de ambos sexos, mayores de 65 años. -Adultos mayores y/o familiares directos que acepten y</p> | <p>Diseño de estudio Transversal</p> <p>Tipo de estudio Correlacional</p> | <p>- Variable 1: Calidad de sueño Técnicas de Recolección de datos: Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Luna, Robles y Agüero, 2015)</p> <p>- Variable 2: Deterioro cognitivo Técnica de Recolección de datos: Test de Valoración del estado mental de Pfeiffer (MINSA, 2010)</p> | <p>Para el análisis estadístico se utilizará el programa estadístico Stata versión 15.</p> <p>En el análisis descriptivo para las variables cualitativas se utilizará frecuencia y porcentaje y para las variables cuantitativas, media y desviación estándar.</p> <p>Por otra parte, en el análisis inferencial se utilizarán las pruebas estadísticas de Chi-cuadrado para las variables cualitativas y la prueba Kruskal Wallis para las variables cuantitativas. La normalidad se utilizará</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| <p>- ¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos?</p> <p>-¿Cuál es la relación entre deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos?</p> | <p>-Determinar la relación entre la calidad de sueño y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.</p> <p>-Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.</p> | <p>Hipótesis específicas:</p> <p>-Existe relación entre la calidad de sueño y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.</p> <p>-Existe relación entre deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en adultos mayores del distrito de Chorrillos.</p> | <p>firmen el consentimiento informado.</p> <p>Criterio de exclusión:</p> <p>-Adultos mayores que no deseen participar de la investigación.</p> <p>-Adultos mayores que no hayan completado adecuadamente los instrumentos.</p> <p>-Adultos mayores que presenten alguna dificultad y/o discapacidad que les impidan resolver los instrumentos.</p> | | <p>mediante la prueba Shapiro Wilk.</p> <p>Teniendo en cuenta niveles de significancia ≤ 0.05.</p> |
|--|--|--|---|--|--|

ANEXO N°06:

Operacionalización de Variables Principales y Sociodemográficas

| Variable | Definición conceptual | Categorización | Dimensiones | Instrumento | Indicador o punto de corte | Tipo de variable y escala de medición |
|------------------|---|---|---|---|--|---|
| Calidad de sueño | La calidad de sueño se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día y no solamente es importante como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida (Borquez, 2011). | <ul style="list-style-type: none"> - Sin problemas de sueño. - Merece atención médica. - Merece atención y tratamiento. - Problemas de sueño grave. | <ul style="list-style-type: none"> Calidad subjetiva de sueño Latencia Duración Eficiencia Perturbaciones de sueño Uso de medicación para dormir Disfunción diurna | Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Luna, Robles y Aguerro, 2015) | <ul style="list-style-type: none"> - Puntuación de 0 a 5 puntos. - Puntuación entre 5 a 7 puntos. - Puntuación entre 8 y 14 puntos. - Puntuación de 15 a más puntos. | <ul style="list-style-type: none"> - Tipo de Variable: Cualitativa Politómica - Escala de Medición: Ordinal |

| | | | | | | |
|---------------------|---|--|--|--|---|--|
| Deterioro cognitivo | Se define como el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores (Montse, 2016). | Memoria Orientación Atención | <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro cognitivo leve - Deterioro cognitivo moderado - Deterioro cognitivo severo | Test de Valoración del estado mental de Pfeiffer (MINSA, 2010) | <ul style="list-style-type: none"> - Si el puntaje obtenido es de 3 a 4 puntos se considera deterioro cognitivo leve. - Si el puntaje obtenido es de 5 a 7 puntos se considera deterioro cognitivo moderado. - Si el puntaje obtenido es de 8 a 10 puntos se considera deterioro cognitivo severo. | <p>- Tipo de Variable: Cualitativa Politémica</p> <p>- Escala de Medición: Ordinal</p> |
| Sexo | - | Masculino Femenino | - | Ficha Sociodemográfica | - | <p>Tipo de Variable: Cualitativa</p> <p>Escala de Medición:</p> |

| | | | | | | |
|----------------------|---|---|---|------------------------|---|---|
| | | | | | | Nominal |
| Edad | - | 65 años a más | - | Ficha Sociodemográfica | - | Tipo de Variable: Cuantitativa Discreta Escala de Medición: Razón |
| Grado de Instrucción | - | Primaria Secundaria Técnico Superior Universitario | - | Ficha Sociodemográfica | - | Tipo de Variable: Cualitativa Escala de Medición: Ordinal |
| Estado Civil | - | Soltero Casado Conviviente | - | Ficha Sociodemográfica | - | Tipo de Variable: Cualitativa Escala de Medición: Nominal |

| | | | | | | |
|---------------------|---|---------------------------|---|------------------------|---|--|
| | | Divorciado Viudo | | | | |
| Presencia de hijos | - | Sí No | - | Ficha Sociodemográfica | | Tipo de Variable: Cualitativa Escala de Medición: Nominal |
| Trabajo | - | Sí No | - | Ficha Sociodemográfica | - | Tipo de Variable: Cualitativa Escala de Medición: Nominal |
| Lugar de Nacimiento | - | Lima Otro departamento | - | Ficha Sociodemográfica | - | Tipo de Variable: Cualitativa Escala de Medición: Nominal |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|------------------------|---|--|
| Centro de pertenencia | - | Centros Parroquiales Casa de Reposo Postas Médicas Casa del Adulto Mayor Zona urbana | - | Ficha Sociodemográfica | - | Tipo de Variable: Cualitativa Escala de Medición: Nominal |
| Nivel de dependencia en actividades diarias | - | Dependiente Poco Dependiente Independiente | - | Ficha Sociodemográfica | - | Tipo de Variable: Cualitativa Escala de Medición: Ordinal |