



BUAP

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano

**CAMBIOS EN EL PATRON DEL SUEÑO EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

Tesis para obtener el Diploma de

Especialista en Psiquiatría



S.S.A.
SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE PUEBLA
HOSPITAL PSIQUIATRICO
DR. RAFAEL SERRANO
DEPTO. ENSEÑANZA

Autor:

Dr. David Isaí Ciprés Alvarez

Asesor Experto:

Dra. Laura Eréndira Gómez Mendoza

Asesor Metodológico:

Dra. Rosa María Hernández Camacho

H. Puebla de Zaragoza, enero 2021

INDICE

Antecedentes.....	3 - 12
Generales.....	3 - 10
Específicos.....	11- 17
Justificación.....	18
Planteamiento del problema.....	19
Hipotesis estadística.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivos específicos.....	20
Material y Métodos:.....	21
Ubicación del trabajo -tiempo y lugar	21
Diseño y tipo de estudio/Población y muestreo.....	21
Criterios de selección	22
Variables.....	23
Procedimientos, método.....	24
Escalas	24 -25
Aspectos Éticos	25
Análisis estadístico y Resultados.....	26-31
Conclusiones.....	32
Discusión.....	33- 34
Cronograma.....	35
Referencias.....	36-38
Anexos	39-40

ANTECEDENTES

Generales.

Desde la década de 1950, gracias a mayor esperanza de vida y al avance en los tratamientos médicos, se ha observado un incremento en el número de personas adultas mayores en relación con otros grupos de edad; este aumento constante en la población, es una tendencia mundial, que junto con la disminución en la natalidad, ha generado una elevación exponencial de las enfermedades crónico degenerativas en este grupo etario, y junto con estas, un aumento en la prevalencia de enfermedades mentales. (1)

El envejecimiento es un proceso natural inherente a la vida misma; es un fenómeno universal, progresivo e irreversible que condiciona una disminución en la respuesta a estímulos nocivos y constituye por sí mismo, una disminución de las funciones de órganos y sistemas en un individuo. Si bien no existe una demarcación adecuada del inicio de este proceso, la OMS ha tomado como cohorte los 65 años de vida de un individuo para considerarlo Adulto Mayor y a partir de los 60 años de vida en aquellos países en vías de desarrollo como el nuestro. Se estima que el grupo de adultos mayores en países industrializados corresponde al 15 a 20% de su población total y en América Latina es de aproximadamente 8.1%. (2)

Se espera que para el año 2050, el grupo de adultos mayores constituirán el 19% de la población total. (3)

Respecto a la población mexicana, en el 2020 se tiene una población de 5358231 mujeres adultos mayores y 4405327 hombres adultos mayores; en Puebla actualmente hay 272362 y 208968 mujeres y hombres adultos mayores, dentro de 10 años se estima que vivan 385896 y 293458 mujeres y hombres adultos mayores en Puebla. Se atraviesa por una fase de plena y acelerada transición demográfica. (4)

Dentro de las características de los adultos mayores en nuestro país, se ha determinado -según las encuestas epidemiológicas del instituto nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente- que aproximadamente el 1% de la población de más de 60 años, es incapaz de alimentarse, bañarse, vestirse y caminar por la habitación por sí misma. El 3.4% tiene una discapacidad total para salir de la casa, 32% no puede cargar objetos pesados, 6% no puede manejar dinero de manera independiente y 18% no puede realizar tareas ligeras en el hogar. En la década de los treinta se inicia el descenso paulatino en la mortalidad y en los años sesenta se acentúa este descenso junto con la declinación en la tasa de fecundidad. Transitamos de una población joven a otra más entrada en años. (5)

La sociedad Americana de Psiquiatría describe a la depresión, como una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la

tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo, en la vida social del individuo. Según el DSM 5 el trastorno depresivo mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía. El episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas, y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas, de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (2)

Los déficits cognitivos leves en la memoria, la velocidad de procesamiento disminuida y el mal funcionamiento ejecutivo son particularmente comunes en la depresión y la vejez. Las funciones ejecutivas son mecanismos de control que modulan aspectos de la emoción y la cognición, la interrupción de estos procesos está asociada con un curso deficiente de la enfermedad y peores resultados clínicos de la depresión al final de la vida. A pesar de que en el envejecimiento se comienza a presentar por sí mismo una disminución en el desempeño, no genera una disfuncionalidad como lo harían entonces las enfermedades como la demencia (Trastorno Neurocognitivo Mayor). En algunos casos, la depresión puede presentarse concomitantemente con o incluso preceder, a los trastornos demenciales caracterizados por déficits cognitivos difusos. (6)

La edad avanzada está correlacionada con un peor funcionamiento cognitivo, haciendo que de esta manera los adultos mayores comiencen a sentir síntomas como frustración, irritabilidad, fallas en la memoria por disminución de la concentración, lo cual se puede comenzar a relacionar con cuadros depresivos. Esto implica que la depresión podría afectar negativamente la función cognitiva en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL). Incluido el inicio temprano del deterioro cognitivo los pacientes con depresión y DCL muestran una peor función en las pruebas cognitivas generales y en la atención, la memoria y la función ejecutiva. (7)

Se ha estimado que los costos de atención médica son aproximadamente el doble o más altos para los adultos mayores deprimidos, que para los no deprimidos y los costos de atención informal, son aproximadamente cuatro veces más altos. En adultos en edad laboral con depresión leve a moderada, el tratamiento psicológico es efectivo. Sin embargo, en los adultos mayores, la depresión puede diferir en términos de características biológicas, psicológicas y sociales. Las afecciones médicas generales, los déficits cognitivos y otros déficits asociados con la vejez pueden disminuir la aplicabilidad de algunos tratamientos psicológicos, limitando la generalización de los resultados informados para adultos más jóvenes o deprimidos, pero de otra manera ancianos sanos. (8)

El Síndrome de Depresión y disfunción ejecutiva se ha conceptualizado como una depresión mayor con una disfunción frontoestriatal prominente, y se caracteriza por retraso psicomotor, menor interés en las actividades, actividades instrumentales deficientes de la vida diaria y una visión y signos vegetativos limitados. Una respuesta lenta e inestable a los antidepresivos que requiere una cuidadosa planificación y seguimiento del tratamiento. El síndrome de disfunción ejecutiva de la depresión puede actuar como un modelo para los estudios de medicamentos dirigidos a los neurotransmisores de las redes frontostriatales, incluida la dopamina, la acetilcolina y los opioides. (9)

La también llamada depresión tardía se refiere a los síndromes depresivos definidos en el Manual estadístico y de diagnóstico (DSM-IV) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) que surgen en adultos mayores de 65 años. En la vejez, los síndromes depresivos a menudo afectan a las personas con enfermedades médicas crónicas, problemas cognitivos o discapacidades. Más allá del sufrimiento personal y las interrupciones familiares, la depresión empeora los resultados de muchos trastornos médicos y promueve la discapacidad. (9)

La depresión mayor de inicio tardío incluye un gran subgrupo de pacientes con anomalías neurológicas, cuando se comparan con personas de edad avanzada con depresión mayor de inicio temprano, los individuos con depresión mayor de inicio tardío tienen una historia familiar menos frecuente de trastornos del estado de ánimo, mayor prevalencia de trastornos de la demencia, mayor deterioro en las pruebas neuropsicológicas, mayor índice de desarrollo de la demencia en el seguimiento, mayor insuficiencia auditiva neurosensible, mayor aumento de tamaño en los ventrículos laterales del cerebro y más hiperintensidades de la materia blanca. (9)

Prevalencia

Ha habido un creciente reconocimiento de la prevalencia y el impacto de la depresión en pacientes de edad avanzada, particularmente en aquellos con enfermedades físicas. Muchos de los adultos mayores no son diagnosticados con trastornos depresivos, y la mayoría de los que llegan a ser diagnosticados, es por médicos generales al presentar alguna molestia física, generalmente.

Varios estudios han examinado la prevalencia de la depresión en adultos mayores. Sin embargo, las estimaciones de prevalencia a nivel mundial de estudios previos son inconsistentes y oscilan entre 1% y 16% para la depresión mayor, 2% a 19% para la depresión menor y 7.2% a 49% para los síntomas depresivos en adultos mayores que viven en la comunidad o en hogares de ancianos. A nivel nacional se estima que la depresión se encuentra entre el 10-15 % de los adultos mayores. (10)

La prevalencia de la depresión en general oscila entre 4,2% y 9,3% según los criterios de diagnóstico; 9.2% a 10.6% para las escalas de calificación; y 9.1% para autoinforme. (10)

Un estudio realizado por Groover S y asociados mediante un metaanálisis, que incluyó 12 estudios que evaluaban el pronóstico de la depresión, entre los ancianos de las poblaciones comunitarias y de atención primaria, sugirió que, a los 2 años, un tercio de los pacientes están bien, otro tercio continúa deprimido y aproximadamente un quinto mueren. También informaron que los sujetos que tuvieron una duración más corta del episodio en la evaluación inicial y que vivían en el sistema familiar conjunto tuvieron buenos resultados. Aproximadamente dos quintos (41.4%) de los pacientes abandonan solo después de la visita inicial, otro cuarto (24.3%) abandono a los 3 meses, abandono adicional del 10% a los 6 meses y a un año 90% de pacientes que abandonan el tratamiento. (3)

Existen factores bien determinados que empeoran el pronóstico en cerca de 20% a 40% de la depresión en el Adulto Mayor. Uno de ellos es ser viudo, soltero o separado, otro es el contar con alguna comorbilidad medica concomitante que genere alguna dificultad física, ambos se han asociado de forma independiente con la aparición de sintomatología depresiva. (10)

Muchos de nuestros adultos mayores se encuentran en instituciones de larga estancia, ya sea por algún deterioro en su funcionamiento, la necesidad de asistencia constante para sus actividades de autocuidado, o incluso por decisión propia. Algunos estudios, han revelado que en las personas mayores que viven en hogares de acogida o instituciones de larga estancia, presentan una prevalencia de depresión entre el 9% y 25%. (11)

Etiología

El bajo nivel económico, la mala salud física, la discapacidad, el aislamiento social y la reubicación a menudo conducen a un trastorno de adaptación con un estado de ánimo deprimido, o desencadenan síndromes depresivos más graves que los que existían anteriormente. Después de la colocación de la persona anciana en un asilo de ancianos, una cuarta parte de los cuidadores desarrollan síntomas de depresión, que permanecen relativamente inalterados con el tiempo en las mujeres, pero empeoran en los hombres. Durante el primer año de duelo, 10-20% de los cónyuges sobrevivientes desarrollan síntomas de depresión.

La prevalencia de depresión mayor continúa aumentando durante el segundo año de duelo, al final de los cuales el 14% de los individuos afligidos tienen depresión mayor, en comparación con el 1-4% de la población anciana en general. Algunos rasgos psicológicos confieren vulnerabilidad a la depresión. El neuroticismo, pensamiento pesimista predice la ideación suicida un año después. (9)

Aunque las manifestaciones clínicas de la depresión en el anciano resultan en general similares a la de los adultos, también es cierto que suelen tener expresiones atípicas y síntomas únicos.

En el adulto mayor tienen más peso los factores físicos y de disfunción cerebral que los factores genéticos y de personalidad. Hay una importante relación entre los síntomas depresivos y los factores cognoscitivos, en los cuadros de inicio tardío.

En la vejez existe atrofia cortical, dilatación de los ventrículos laterales y lesiones periventriculares en la sustancia blanca, así como disminución del flujo sanguíneo cerebral, lo cual explica la mayor cronicidad y la frecuencia de los síntomas residuales. (5)

Fisiopatología

Durante el estado clínico deprimido, las estructuras neocorticales dorsales son hipometabólicas y las límbicas ventrales hipermetabólicas; no obstante, la persistencia de los síntomas indica la concurrencia de otros factores biológicos adicionales. Los pacientes de edad avanzada, con depresión mayor, parecen presentar una reducción del volumen de la corteza prefrontal bilateral, sin reducción significativa del volumen del hipocampo. (12)

Alexopoulos G. postula que el estrés, la depresión mayor y las enfermedades médicas están vinculadas recíprocamente: el estrés promueve la adaptación (alostasis), pero cuando los mediadores de la respuesta al estrés no se inhiben (estado alostático), la inmunidad se deteriora, se promueve la arteriosclerosis y surgen obesidad, desmineralización ósea y atrofia de las células cerebrales.

Un aumento de la actividad adrenocortical, concentraciones elevadas de factor de crecimiento insulínico, e iniciación de la respuesta inflamatoria relacionado con la carga alostática se ha documentado en pacientes con depresión mayor.

La agregación plaquetaria se eleva en este grupo de pacientes, lo que sugiere que la depresión aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular. Las personas de edad avanzada con sintomatología depresiva tienen respuestas de células T deficientes a los mitógenos y altas concentraciones de interleucina 6 en plasma, lo que es indicativo de una actividad inflamatoria que podría aumentar el riesgo de reabsorción ósea. (9)

La respuesta al estrés normal implica la activación del hipotálamo y un aumento resultante del factor de liberación de corticotropina, que a su vez estimula la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) desde la pituitaria. La ACTH causa liberación glucocorticoide desde la glándula adrenal, que alimenta de vuelta al hipotálamo e inhibe la liberación de corticotropina, terminando la respuesta al estrés. En situaciones de estrés crónico, la excesiva liberación de glucocorticoide puede llegar a causar atrofia hipocampal. Dado que el hipocampo inhibe el eje HPA, lo que podría aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.

Si un estímulo de estrés persiste o se repite, se activa la enzima indolamina 2,3-dioxigenasa de la vía metabólica de la quinurenina, lo cual incrementa la síntesis de ácido quinolinico y reduce la síntesis de serotonina. El ácido quinolinico activa los receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) en el sistema nervioso central y estimula la secreción de las interleucinas IL-6 e IL-1B, las cuales promueven la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y refuerzan la desviación del metabolismo del triptófano hacia la producción de ácido quinolinico, así como de las interleucinas de la inmunidad innata, con lo cual se reduce más la síntesis de serotonina y se consolida el proceso depresivo. (13)

Dentro de las alteraciones anatomopatológicas encontradas en adultos mayores que habían sido diagnosticados con depresión se han encontrado anomalías estructurales y funcionales en los lóbulos frontales y sus conexiones con los sistemas límbico y estriatal. Así como la interrupción de la red de control cognitivo, que abarca la corteza prefrontal dorsolateral, las regiones dorsal y rostral del cíngulo anterior y las regiones de asociación parietal. Aproximadamente del 30 al 40% de los adultos mayores no dementes con depresión mayor muestran signos de disfunción ejecutiva en el examen cognitivo. (6)

Diagnóstico

Los criterios de diagnóstico de la CIE-10 para la investigación requieren la presencia de 4 de 10 síntomas específicos, de los cuales al menos 2 de los 3 síntomas centrales siguientes deben estar presentes para una depresión leve: bajo estado de ánimo, pérdida de interés y disminución de la energía. Una depresión moderada requiere un total de 6 síntomas, en los que 2 de los 3 síntomas centrales deben estar presentes. Una depresión severa requiere un total de 8 síntomas, en los cuales los 3 síntomas centrales deben estar presentes. (10)

Es importante mencionar que los criterios del DSM 5 no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos y algunas alternativas en la presentación de la depresión en el adulto mayor son: irritabilidad, agitación, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa y de la capacidad de resolución de problemas, deterioro del autocuidado, abuso de alcohol y otras sustancias, aislamiento social, culpa excesiva, paranoia, obsesiones y compulsiones, discordia marital. (14)

Aunque no forma parte de los criterios diagnósticos, la depresión mayor en la edad avanzada a menudo se asocia con cambios en el cuerpo y deterioro cognitivo. Los cambios en el cuerpo incluyen hipercortisolemia, aumento de la grasa abdominal, disminución de la densidad ósea y mayor riesgo de diabetes tipo 2 e hipertensión. Las personas mayores sin demencia con depresión mayor a menudo tienen dificultades con la concentración, la velocidad del procesamiento mental y la función ejecutiva. Estas deficiencias mejoran, pero no se resuelven completamente, después de la remisión de la depresión tardía.

El diagnóstico de depresión debido a una afección médica general se da cuando el estado de ánimo depresivo o anhedonia ocurre en pacientes que ya han sido diagnosticados con una enfermedad que está asociada con la depresión. (9)

Comorbilidades

El desarrollo de enfermedades físicas en la vejez ha sido reconocido como un riesgo importante para la depresión. Por ejemplo, Pfaff et al. demostraron que la depresión era de 3 a 4 veces más probable entre los adultos mayores, con el mayor número de comorbilidades médicas y el mayor nivel de deterioro funcional. El 87% de los antidepresivos que fueron prescritos tenían al menos una condición física comórbida al trastorno depresivo mayor, que generaría inquietudes sobre posibles interacciones farmacológicas. Las condiciones de mayor preocupación fueron las enfermedades cardiovasculares, la artritis, el manejo del dolor y la osteoporosis.

El trastorno depresivo mayor (TDM) ocurre en aproximadamente el 15-20% de los pacientes con infarto de miocardio o angina. Algunos antidepresivos, incluidos la sertralina, la fluoxetina, el citalopram y la mirtazapina, son superiores al placebo en la reducción moderada de los síntomas depresivos, pero no parecen mejorar los resultados cardíacos.

La depresión es común en la insuficiencia cardíaca, con un metaanálisis que informa una prevalencia del 21,5% de los pacientes que experimentan depresión clínicamente significativa. El ensayo controlado aleatorizado más grande (SADHART-CHF), comparó la sertralina y el placebo entre 469 pacientes sin encontrar diferencias significativas con respecto a las puntuaciones de depresión o los resultados cardíacos.

La depresión es común en pacientes con accidente cerebrovascular, con una prevalencia de casi el 20% en pacientes hospitalizados y el 23% en pacientes ambulatorios. Se encontraron tasas de depresión mayor del 16% en oncología y hematología en pacientes ambulatorios y ambulatorios. Algunos aspectos del cáncer pueden aumentar el riesgo de depresión; por ejemplo, los pacientes adultos mayores con metástasis tienen 2,2 veces más probabilidades de deprimirse, mientras que aquellos con deterioro cognitivo tienen 3,6 veces más probabilidad de sufrir un cuadro depresivo.

Un metaanálisis estimó que la prevalencia de la depresión definida por la entrevista para las personas con enfermedad renal crónica (ERC) fue del 20%, mientras que las personas en diálisis tuvieron una prevalencia mayor del 23%. varios ensayos pequeños han sugerido la relativa seguridad y eficacia de varios antidepresivos, incluido citalopram y fluoxetina, siempre que las reducciones de dosis se realicen de acuerdo con la tasa de filtración glomerular estimada.

Fan et al. encontraron que el 41% de los sujetos con EPOC tenían al menos síntomas depresivos leves a moderados, y los más deprimidos tenían mayor riesgo de hospitalización por causa de una enfermedad respiratoria.

La depresión mayor se asocia comúnmente con la enfermedad de Parkinson con una prevalencia de 8 a 17%. (15)

Los estudios que investigan la relación entre las lesiones cerebrales de la materia blanca y la depresión proporcionan evidencia de que la enfermedad cerebrovascular subclínica está asociada con la depresión, aunque no de manera constante. (16)

Respecto a las comorbilidades psiquiátricas más comunes relacionadas al trastorno depresivo mayor en el adulto mayor, podemos mencionar las siguientes.

La ansiedad comórbida es frecuente en la depresión a una edad avanzada, con una prevalencia de hasta el 65% en muestras clínicas. Varios estudios han descrito que la mayor gravedad de la ansiedad se asocia a un aumento del riesgo de abandono del tratamiento, una disminución de la respuesta al tratamiento antidepresivo agudo y un mayor tiempo hasta la respuesta y la remisión.

Se han descrito tasas elevadas de trastorno depresivo mayor (TDM) con manifestaciones psicóticas (de hasta el 45%) en los pacientes ancianos hospitalizados por depresión. La depresión psicótica se asocia a un peor resultado a corto plazo, un mayor tiempo hasta la recuperación, una mayor discapacidad y una mortalidad superior a las del TDM sin psicosis.

Los pacientes con depresión bipolar constituyen del 5 al 15% del total de pacientes que solicitan tratamiento agudo, en servicios de psiquiatría geriátrica.

Sabemos también que la soledad, otro de los síntomas referidos por los adultos mayores, es la experiencia percibida de privación social, se ha asociado con una disminución funcional acelerada y una mayor mortalidad en adultos mayores (17).

Complicaciones

El suicidio es una complicación muy importante del trastorno depresivo mayor, el cual es casi dos veces más frecuente en personas de edad avanzada, que en la población general. Las tasas de suicidio en los adultos mayores se producen casi exclusivamente en hombres. Entre las personas que llegan a intentar suicidarse los adultos mayores son más propensos de llevar a cabo el suicidio, esto relacionado con los múltiples factores asociados al suicidio en los adultos mayores como vivir solo, estar jubilados, padecer de algún síndrome psiquiátrico no tratado o alguna enfermedad médica crónica. La disponibilidad de armas de fuego duplica el riesgo de suicidio en las personas mayores. (9)

Los factores que se han relacionado con un mal pronóstico en la depresión del adulto mayor incluyen ser mujer, la edad avanzada, la necesidad de apoyos adicionales (audífonos, anteojos), mala salud física, número total de eventos

depresivos de la vida, discapacidad física, hospitalización, presencia de comorbilidad física, depresión severa y presencia de síntomas psicóticos.

Uno de los problemas importantes encontrados en el manejo de varios trastornos psiquiátricos son las altas tasas de abandono del tratamiento. Los estudios realizados en India han evaluado las tasas de abandono de tratamiento en las clínicas psiquiátricas, refieren que el 29,6-52,3% del abandono del tratamiento ocurre después de la visita inicial, lo que aumenta aún más, si las tasas de abandono se evalúan a los 2-7 meses de seguimiento. Esto relacionado con el hecho del difícil acceso a los servicios de salud, la solvencia económica, o la pobre red de apoyo que llegan a tener. (3)

Antecedentes Específicos

Tratamiento

Los pacientes adultos mayores son especialmente vulnerables a los efectos secundarios de los antidepresivos, especialmente los de tipo cardiovascular y anticolinérgico, y esto puede comprometer el cumplimiento y la efectividad del tratamiento. (18)

Se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico, valorando primero la tolerancia al medicamento, así como los efectos adversos que pudieran llegar a presentarse, para lo cual se sugiere comenzar con la menor dosis posible e ir incrementando la dosis de manera gradual y progresiva, a intervalos de 2-3 días. Una vez que se ha alcanzado la dosis terapéutica deberá esperarse en ocasiones hasta 6-8 semanas para obtener una respuesta deseada, sin embargo, a la semana 3-4 suelen existir indicios de respuesta que pueden normar la conducta a seguir respecto de esperar o no el tiempo de máxima respuesta señalado. (5)

El consenso existente sobre la duración de la farmacoterapia de mantenimiento a largo plazo tras un primer episodio de depresión es limitado, y la mayoría de los expertos recomiendan de 6 a 12 meses de farmacoterapia tras un primer episodio de Depresión. Las tasas de recurrencia en la Depresión aguda van del 50 al 90% en un periodo de 2 a 3 años.

La mayor parte de las guías señalan el beneficio adicional obtenido al respaldar el efecto de la medicación antidepresiva con intervenciones psicosociales, incluyendo al adulto mayor. Globalmente, el consenso de expertos recomendó la psicoterapia como tratamiento adyuvante a la medicación, excepto en los casos de depresión leve o distimia, en los que se consideró que la psicoterapia sola constituía una estrategia de tratamiento inicial alternativa. Las psicoterapias que se prescriben con mayor frecuencia se han desarrollado a partir de la terapia cognitiva, que se centra en las creencias disfuncionales; incluye la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Solución de Problemas y la activación conductual. (18)

El beneficio de los antidepresivos en pacientes mayores se confirmó en un metaanálisis de Kok et al. Al analizar 51 ensayos controlados aleatorios (ECA) de antidepresivos para el tratamiento agudo de la depresión, encontraron que todas las

clases de medicamentos eran más efectivas que el placebo para lograr la respuesta, sin diferencias demostrables en las tasas de respuesta o remisión entre las diversas clases de antidepresivos. Además, no hubo diferencias en la eficacia en los pacientes más gravemente deprimidos. (15)

En el estudio que realizó Morimoto S. del 2015 no se encontró que los antidepresivos tricíclicos mejoren la función cognitiva en adultos mayores deprimidos. De hecho, se demostró que la nortriptilina compromete el rendimiento del aprendizaje verbal de los adultos mayores deprimidos más que el placebo. Por el contrario, algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden mejorar la función cognitiva principalmente en pacientes cuyos síntomas depresivos disminuyen después del tratamiento. Específicamente, se ha demostrado que la sertralina mejora el rendimiento en las pruebas de atención, memoria episódica y función ejecutiva. Los pacientes adultos mayores deprimidos con respuesta antidepresiva al citalopram mostraron una mejora en la velocidad psicomotora y el funcionamiento visoespacial. Sin embargo, el tratamiento con citalopram pareció empeorar el aprendizaje verbal y la velocidad de procesamiento en pacientes que permanecieron deprimidos a pesar del tratamiento. (6)

El TEC, al igual que el tratamiento con medicamentos antidepresivos, podría normalizar en personas mayores la hipoperfusión cortical prefrontal observada por neuroimagen funcional en los sujetos deprimidos. El efecto antidepresivo del TEC podría asimismo estar relacionado con su capacidad para ejercer cambios acumulativos en la excitabilidad de los circuitos intracorticales excitatorios e inhibitorios, lo que daría como resultado un aumento de la excitabilidad cortical en el hemisferio izquierdo. En ratas adultas, las crisis electroconvulsivas han conllevado proliferación celular en el hipocampo, la corteza prefrontal y en la amígdala, en esta última mayoritariamente de células gliales en sus núcleos central, lateral y basal.

Los episodios depresivos son la indicación más común de la Terapia Electroconvulsiva (TEC), en los que ha demostrado ser un tratamiento eficaz a corto plazo y probablemente más eficaz que el tratamiento psicofarmacológico. Entre las depresiones, las más graves y resistentes al tratamiento convencional son también las más idóneas para recibir TEC. Si la depresión bien diagnosticada es resistente al TEC es probable que tenga peor pronóstico. (12)

El tratamiento de la depresión vascular en diferentes estudios aleatorizados controlados ha demostrado eficacia al mostrar mejoría en la recuperación funcional en las actividades de la vida diaria y disfunción cognitiva, así como disminución de la mortalidad global. (14)

SUEÑO

El sueño es un requisito biológico para la vida humana, junto con la comida, el agua y el aire. Al igual que el consumo de alimentos y a diferencia de respirar aire, lograr esta necesidad biológica requiere que el individuo participe en comportamientos volitivos.

El sueño en la mayoría de los humanos ocupa entre el 20% y el 40% del día. Incluso la evidencia prehistórica sugiere la importancia del sueño en la vida humana. Esto es consistente con los relatos arqueológicos e históricos de que el sueño tiene un papel destacado e importante incluso en la sociedad humana temprana. El sueño era un fenómeno universal que era inevitable y, por lo tanto, se incorporó a las estructuras sociales. De esta manera, el sueño se convirtió no solo en un conjunto de procesos fisiológicos, sino en uno representado en estructuras socioculturales. (19)

El sueño es un estado fisiológico y conductual universal caracterizado por patrones específicos de actividad neuronal, disminución de la conciencia del medio ambiente, adopción de una postura característica y sensibilidad reducida a los estímulos. (20) Los ritmos biológicos que tienen un período de aproximadamente 24 horas se denominan ritmos circadianos. El término circadiano, cuando se aplica a variaciones fisiológicas o fisiopatológicas, implica que estos ritmos son endógenos y continuarían ocurriendo en un patrón similar de periodicidad temporal de aproximadamente 24 horas en ausencia de factores exógenos.

Durante la noche biológica, la glándula pineal secreta melatonina. El inicio y la compensación de la secreción de melatonina se utilizan de manera estándar para determinar el momento de la noche biológica de un individuo. Dado que la luz media una fuerte supresión directa de la secreción de melatonina, las mediciones de melatonina generalmente se realizan en condiciones de poca luz. Típicamente, la secreción de melatonina comienza aproximadamente 2 horas antes del tiempo de sueño habitual, alcanza valores máximos, luego se estabiliza durante la noche biológica y disminuye bruscamente después de que termina la noche. La secreción de melatonina disminuye con la edad, lo que también puede afectar la consolidación del sueño en adultos mayores. (21)

El sueño No REM se subdivide en sueño N1, N2 y N3. Las personas usualmente ingresan al sueño a través de la etapa N1, que generalmente ocupa una pequeña proporción (5% -10%) de todo el tiempo de sueño; N1 se considera sueño ligero y se caracteriza por movimientos lentos de los ojos rodantes. La etapa N2 es la etapa más común del sueño (aproximadamente la mitad de todo el tiempo de sueño) y contiene formas de onda de sueño características de husos de sueño y grandes ondas de vértice (complejos K). La etapa N3 también se conoce como sueño de onda lenta (SWS) porque contiene ondas delta (0.5–2Hz). El umbral de excitación aumenta de la etapa N1 a la etapa N3 del sueño. N2 y N3 por lo general representan alrededor del 70% al 75% del tiempo total de sueño de los adultos. El sueño REM deriva su nombre de los frecuentes movimientos oculares rápidos, se caracteriza por un patrón de EEG activado, mientras que el tono muscular tónico es el más bajo (atonía muscular) con contracciones musculares fásicas superpuestas; soñar es más común durante esta etapa. (20)

Se cree que el sueño de onda lenta y el sueño REM promueven la recuperación metabólica y cognitiva, y mejoran el aprendizaje y la memoria, respectivamente.

Las quejas del sueño ya sean relacionadas con síntomas de insomnio o somnolencia, tienen consecuencias importantes en los adultos mayores. Más allá de ser angustiante para el sujeto, estos síntomas predicen una mala calidad de vida relacionada con la salud física y mental. En estudios longitudinales, las quejas de insomnio se han asociado con muchos resultados perjudiciales diferentes, incluido un mal estado de salud autoinformado, deterioro cognitivo, depresión, dificultad en actividades básicas de la vida diaria, peor calidad de vida, lo que podría agravar alguna enfermedad física y aumentar el riesgo de hospitalizaciones. (22)

Las quejas de sueño son comunes e informadas por más de la mitad de los pacientes de edad avanzada. Muchos cambios son fisiológicos, como un mayor tiempo para conciliar el sueño y una disminución del tiempo total de sueño. Estos cambios están asociados con el proceso normal de envejecimiento.

A menudo, los ancianos ya no tienen un horario establecido que les obligue a dormir o despertarse a una hora determinada. Es fácil sobreestimar o subestimar el tiempo que pasa en la cama o el tiempo total de sueño. Para conciliar el sueño generalmente se requieren unos 15 minutos en la cama; más de 30 minutos limita con anormal.

La fase avanzada del sueño en los ancianos puede deberse a cambios en el núcleo supraquiasmático, que regula el ritmo circadiano. Los ancianos retirados del trabajo comienzan a acostarse más temprano en la noche, como a las 8 a 9 PM, posteriormente, experimentan despertares tempranos por la mañana a las 3 a 4 am. Les resulta difícil volver a dormir y se quejan de lo que perciben como falta de sueño, cuando de hecho están recibiendo una cantidad adecuada de sueño. (23)

La hora de acostarse más tarde en los ancianos parece estar asociada con menos tiempo en la cama y menos tiempo para dormir. Un estudio de sujetos sanos, de 70 a 92 años de edad, informó que cada retraso de 10 minutos en la hora de acostarse a partir de las 19:00 h se asociaba con aproximadamente 7–8 minutos de menos tiempo en la cama y el tiempo total de sueño, despertándose más temprano en relación con el ciclo de melatonina. (20)

Los entornos del hogar, la familia y la escuela también juegan un papel importante en el sueño de un individuo. Por ejemplo, el tamaño del hogar se asocia negativamente con el sueño, de modo que los hogares más concurridos tienen más probabilidades de fomentar un sueño insuficiente. Además, el entorno físico del sueño también puede desempeñar un papel. Las habitaciones que tienen niveles de luz, ruido y temperatura que no conducen al sueño pueden contribuir a un sueño insuficiente. Aunque los datos sobre camas y otras superficies para dormir son relativamente escasos, un ambiente incómodo para dormir también puede reducir la capacidad de dormir. Particularmente relevantes son los efectos del cuidado, el aislamiento social, la pérdida de la función física y el duelo. (19)

La National Sleep Foundation recomienda dormir de 7 a 8 horas para adultos mayores de 65 años. Esta recomendación está respaldada por evidencia de que los adultos mayores que duermen entre 6 y 9 horas tienen mejor cognición, salud mental y física, y calidad de vida en comparación con adultos mayores con duraciones de sueño más cortas o largas. (22)

Relación entre sueño y ánimo

El sueño y el estado de ánimo están estrechamente vinculados, y el estado de ánimo tiende a disminuir a medida que aumenta el tiempo transcurrido desde el último sueño. Las intervenciones para mejorar el sueño deficiente pueden mejorar los síntomas de la depresión.

Si los problemas de sueño se tratan con prontitud, pueden aliviar los síntomas de depresión y potencialmente prevenir el desarrollo de un trastorno depresivo. Un paciente que presenta cualquier trastorno del sueño tiene un riesgo aproximadamente 2.3 veces mayor de diagnóstico posterior de depresión. La hipersomnia se respalda como un síntoma de depresión a una tasa mucho menor que el insomnio, pero la fatiga durante el día es común. (24)

Insomnio

El insomnio es la forma más común de trastornos del sueño. El insomnio se describe como una dificultad persistente para iniciar o mantener el sueño que produce insatisfacción general del sueño.

Para un diagnóstico de insomnio, se realiza clínicamente a través de una queja de insatisfacción con la calidad y / o cantidad del sueño, el individuo debe tener dificultades con las latencias del sueño y los períodos de vigilia durante el sueño de más de 30 minutos al menos 3 veces por semana. Si las quejas están presentes por menos de 3 meses, se denomina trastorno de insomnio a corto plazo; Si los síntomas han estado presentes durante más de 3 meses, se considera un trastorno de insomnio crónico. (23)

La mayoría del insomnio en los ancianos es comórbida con otros trastornos médicos o psiquiátricos. El insomnio es frecuentemente un síntoma de ansiedad o depresión; Se descubrió que 3 años después de comenzar con dificultad para iniciar el sueño está asociada con la presencia de depresión en los ancianos en un gran estudio longitudinal japonés (20).

Hipersomnolencia

Las quejas de hipersomnolencia también están fuertemente asociadas con trastornos psiquiátricos y particularmente trastornos depresivos mayores. Un gran estudio de corte transversal mostró que los trastornos depresivos mayores permanecieron asociados con la somnolencia excesiva diurna (SED), incluso después del ajuste de medicamentos antidepresivos.

SED se define por "una incapacidad para permanecer completamente alerta o despierto, o una propensión a asentir o quedarse dormido cuando es sedentario, durante la parte de vigilia del ciclo sueño-vigilia. Esto ocurre diariamente o casi a diario durante al menos 3 meses. (25)

Uno de los síntomas más consistentes asociados con el trastorno depresivo mayor es la alteración del sueño. La hipersomnolencia o la fatiga pueden ser la primera o una de las principales quejas en los trastornos del estado de ánimo que incluyen el trastorno depresivo mayor (TDM), TDM con características de síntomas atípicos, trastorno distímico, diagnósticos relacionados con bipolar y trastorno afectivo estacional. (25)

Evidencia bioquímica sugiere que los mecanismos que controlan el sueño se superponen con los mecanismos que regulan el estado de ánimo. La transición al sueño de movimientos oculares rápidos (REM) se acompaña de una disminución rápida del tono monoaminérgico (serotonina, norepinefrina y dopamina) y un aumento concomitante del tono colinérgico.

La señalización de glutamato también juega un papel importante en el sueño, en particular, durante las oscilaciones lentas talamocorticales del sueño no REM (NREM). La deficiencia de glutamato también está relacionada con la depresión. Se argumenta que el glutamato tiene un papel neuroprotector que está mediado por el factor de crecimiento neuronal derivado del cerebro y que los bajos niveles de glutamato conducen a la muerte celular en áreas del cerebro responsables de la regulación del estado de ánimo.

El funcionamiento adecuado del eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal es necesario para la regulación adecuada del sueño. La secreción de cortisol disminuye durante el sueño profundo normal, y la administración de la hormona liberadora de corticotropina produce excitaciones aumentadas y falta de sueño, particularmente en pacientes de mediana edad o mayores.

Las quejas subjetivas del sueño más comunes provocadas por pacientes con trastorno depresivo mayor son el insomnio (hasta el 88%) y la hipersomnia (27%). El insomnio, en particular el insomnio terminal, se asocia clásicamente con el trastorno depresivo mayor. Es 3 veces más probable que se desarrolle un trastorno depresivo mayor en personas con insomnio que los que no lo tienen.

En pacientes con depresión, la apnea del sueño (AOS) comórbida puede agravar los síntomas del estado de ánimo y hacerlos refractarios al tratamiento. Esto es particularmente relevante porque los pacientes con trastorno depresivo mayor pueden tener un mayor riesgo de AOS y viceversa. Muchos pacientes experimentan aumento de peso mientras toman medicamentos psicotrópicos, y el aumento de la masa corporal se correlaciona con mayores tasas de AOS. (26)

Se ha descubierto que mejorar el sueño en pacientes deprimidos mejora los resultados. Las técnicas conductuales, como mejorar la higiene del sueño, suelen ser los tratamientos de primera línea, pero con frecuencia se usan varios medicamentos diferentes como complementos.

En contraste con los pacientes con una queja primaria de insomnio durante el sueño, los pacientes que se quejan de hipersomnia aislada han sido tratados con estimulantes o con modafinilo.

La combinación de escitalopram con terapia cognitivo-conductual específicamente dirigida al tratamiento del insomnio proporcionó una mayor remisión tanto de los síntomas del sueño como del estado de ánimo que el escitalopram solo.

El escenario más común es cuando se agrega trazodona en dosis bajas a pacientes con insomnio secundario al uso de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. La mirtazapina también se usa con frecuencia para este propósito. Si la adición de un antidepresivo sedante es inapropiada para un paciente determinado, se puede usar zaleplon, zolpidem o eszopiclona. (26)

El uso no solo de pastillas para dormir, benzodiacepinas, medicamentos ansiolíticos sino también antipsicóticos, antihistamínicos, antiepilépticos (excepto lamotrigina) y antidepresivos está obviamente relacionado con la hipersomnolencia. (25)

Existen algunas escalas para la valoración de la Depresión en el adulto mayor, de las cuales, una de las más fáciles en el uso de la investigación clínica por su forma de aplicación es la Escala de Depresión de Yesavage la cual consiste en 30 ítems con la cual se puede medir la severidad de un cuadro depresivo, con preguntas adaptadas para los síntomas que se llegan a presentar en el adulto mayor, ya validada al idioma español. (27)

Índice de gravedad del insomnio. Este cuestionario se utilizó para evaluar la gravedad del insomnio, la satisfacción con el sueño actual, la interferencia del sueño y las preocupaciones con el problema del sueño. Hay siete ítems y los puntajes varían de 0 a 28, con puntajes mayores de ocho que sugieren insomnio.

Índice de calidad del sueño de Pittsburgh. Esta encuesta mide la calidad y los patrones del sueño y diferencia el sueño "pobre" del "bueno" midiendo siete áreas: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, trastornos del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna durante el mes anterior. El paciente auto califica cada una de estas siete áreas del sueño: una suma de 5 o más indica un sueño "pobre" y resulta en una sensibilidad de casi el 99% y una especificidad del 84% como marcador de trastornos del sueño en pacientes con insomnio vs control. Por lo que para fines de este estudio será una de las utilizadas. (28)

JUSTIFICACIÓN

Debido a los cambios epidemiológicos, la población de adultos mayores ha aumentado a nivel mundial, actualmente en nuestro país viven 9.763,558 hombres y mujeres mayores de 65 años. En esta población es muy frecuente la depresión mayor, teniendo una prevalencia entre el 10-15% en nuestro país, y se encuentra relacionada a factores como jubilación, aislamiento, divorcio, muerte del cónyuge, mala red de apoyo, enfermedades medicas comórbidas, así como alteraciones en el patrón del sueño.

En un estudio realizado por la Universidad de Queensland Australia en 2019 se encontró, que uno de los factores que tiene mayor peso en la depresión son las alteraciones del sueño, ya que el insomnio de conciliación, la dificultad para mantener el sueño, los despertares tempranos y la somnolencia diurna o hipersomnolencia, condicionan un aumento en la sensación de cansancio, fatiga, aumento en la dificultad de concentración, mayores síntomas de tristeza, irritabilidad, que empeora el cuadro depresivo que se está cursando.

En América existen estudios de trastornos del sueño relacionados principalmente a Trastornos Neurocognitivos o enfermedades médicas. En nuestro país hay un estudio realizado por la facultad de medicina de la UNAM en 2018 que clasifico los problemas de sueño en los adultos mayores con distintas comorbilidades médicas para mejorar su manejo, en este estudio se buscarán específicamente las alteraciones del sueño en el trastorno depresivo mayor para proporcionar un mejor control en su tratamiento.

Las alteraciones del sueño son frecuentes en los adultos mayores, así sea por causa primaria de un trastorno del sueño o secundaria por otra enfermedad, y tienen una respuesta eficaz al tratamiento cuando se conoce su causa y el tipo de alteración de sueño que presenta.

Por lo que considero que este estudio tendrá una repercusión en el conocimiento de la presencia o ausencia de alteraciones del sueño en los adultos mayores con depresión, y ayudará a realizar mejores estrategias para la atención del adulto mayor, logrando una mejoría en su calidad de vida y funcionalidad, ahorrándole costos a la institución al tener un mejor control y manejo de estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conforme a las investigaciones previas se determina que, las cifras de prevalencia de depresión del adulto mayor a nivel mundial rondan entre el 2 al 20% aproximadamente, siendo esta una población importante y de la cual pocos logran tener acceso a un tratamiento en salud mental en medio privado, por lo cual se termina optando por acudir al medio público, en donde la mayoría de los casos el adulto mayor acude solo a su consulta mensual debido al poco interés por parte de la familia y/o la falta de tiempo de la misma o del cuidador primario, agregando que por lo regular si el paciente tiene un bajo nivel económico, mala salud física, una discapacidad, aislamiento social, entre otros lo hace un problema más grave.

Al no tener una adecuada atención se puede empeorar un cuadro depresivo, esto puede provocar una peor calidad en su patrón habitual de sueño, abandono de sus tratamientos, descontrol de enfermedades comórbidas, disfunción en su vida diaria en casa y en la sociedad.

En los adultos mayores el impacto que se tiene en la percepción de un buen patrón de sueño ayuda a mejorar la sintomatología afectiva de un cuadro depresivo, así como el tener un mejor control de enfermedades comórbidas, lo que me lleva a investigar que alteraciones existen en el patrón de sueño del adulto mayor con depresión, para así mejorar los servicios de atención y así mismo la calidad de vida en los pacientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿HAY ALTERACIÓN EN EL PATRÓN DE SUEÑO DE LOS ADULTOS MAYORES CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR?

HIPOTESIS

Los pacientes adultos mayores con trastorno depresivo mayor mostrarán un patrón de sueño alterado

HIPOTESIS ESTADISTICA

HO: No hay alteraciones en el patrón de sueño de los adultos mayores con diagnóstico de trastorno depresivo mayor

H1: Hay alteraciones en el patrón de sueño de los adultos mayores con diagnóstico de trastorno depresivo mayor

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la presencia de alteraciones en el patrón de sueño en adultos mayores con trastorno depresivo mayor, aplicando el índice de severidad de insomnio.

OBJETIVO ESPECIFICO

1. Determinar la población adulta mayor que presenta diagnóstico de depresión mayor moderado en el periodo de julio y agosto de 2020
2. Identificar las alteraciones en el patrón de sueño más frecuentemente reportadas por los adultos mayores

MATERIAL Y METODOS

Ubicación Espacio Temporal

Hospital psiquiátrico de Puebla durante los meses de julio y agosto de 2020

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio

Por el control de la maniobra: Observacional

Por la captación de la Información: Prospectivo

Por la medición del fenómeno en el tiempo: Transversal

Por la presencia de un grupo o más: Descriptivo

Población y Muestra

Se realizará el estudio en una población de adultos mayores que acudirán a consulta en el Hospital Psiquiátrico de Puebla, calculando el tamaño de la muestra en (211) pacientes, a partir de una población de 1500 personas que son el número aproximado de pacientes que acuden a consulta externa en 2 meses al Hospital psiquiátrico, con una probabilidad de éxito de 0.8, ya que el 80% de pacientes con depresión presentan problemas de sueño. Se les aplicara en su consulta de valoración tanto las escalas de Yesavage para depresión del adulto mayor, como el índice de Severidad de Insomnio, escalas ya validadas al idioma español, para determinar alteraciones en el sueño en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.

Teniendo entonces variables de tipo cualitativo para una población finita se utilizó la siguiente formula:

El tamaño de la muestra se calculó con la siguiente formula:

Z= Nivel de confianza N= Tamaño de población p= % de éxito

q= % de fracaso d= Precisión

n=

$$\frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde: $Z= (1.96)^2$ $p= 0.8$ $q= 0.2$
 $d= 0.05$ $N= 1500$

Por lo tanto: $n=$

$$\frac{(1500) (3.8416) (0.8) (0.2)}{0.0025 (1500 - 1) + (3.8416) (0.8)(0.2)} = 921.98/4.3621 = 211.36$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

1. Pacientes de 65 a 90 años del Hospital Psiquiátrico de Puebla con Trastorno Depresivo Mayor
2. Pacientes de sexo femenino o sexo masculino
3. Pacientes sin discapacidad física que contesten el Índice de severidad de insomnio ellos mismos
4. Pacientes con escolaridad básica que sepan leer y escribir

Exclusión

1. Pacientes con diagnóstico de Trastorno Psicótico
2. Pacientes con diagnóstico de Apnea Obstructiva del Sueño
3. Pacientes con trabajos de turno nocturno

Eliminación

1. Pacientes que usen más de 2 medicamentos específicos para el sueño
2. Incongruencia en la escala del índice de Severidad de Insomnio

VARIABLES Y ESCALAS

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Instrumento
Trastorno Depresivo Mayor Moderado	Padecimiento mental caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, alteración del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Se realizará el diagnóstico según los criterios de DSM 5 y con ayuda de la escala de Yesavage	Cuantitativa Discreta	Escala de Yesavage
INSOMNIO	Incapacidad para conciliar, mantener el sueño o tener despertares tempranos	Se medirá con el índice de severidad de Insomnio, al obtener una puntuación de 15 o más, así como, 1 o más alteraciones en el primer ítem	Cuantitativa Discreta	índice de Severidad de Insomnio
EDAD:	Edad cronológica cumplida en años al momento de la evaluación	Se evaluará la edad a partir de su fecha de nacimiento	Cuantitativa Discreta	
SEXO	Género al que pertenece el paciente evaluado	Se realizará preguntando su género al paciente.	Cualitativa Nominales	
ESCOLARIDAD	Nivel de estudios formal que tiene una persona.	Nivel de estudios en el momento de la consulta	Cuantitativa Discreta	

METODO

Al momento de su llegada al área de consulta externa en el Hospital Psiquiátrico de Puebla, se captarán los pacientes adultos mayores que acudan a su consulta de revisión con diagnóstico previo de Trastorno Depresivo Mayor, en tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina durante los meses de julio y agosto, se les preguntará si desean participar en el estudio contestando dos escalas, al responder afirmativamente a esta cuestión se les explicará el objetivo del estudio, así como, en qué consisten las escalas que se les aplicarán posteriormente en su consulta. Primero se realizará una entrevista breve por parte del médico residente en turno, en donde se obtendrán datos como sexo, edad, medicamentos que toma para dormir, mismo médico que estará supervisando para cualquier duda que se presente en el momento por parte del paciente. Se aplicarán la escala de Yesavage y el índice de severidad de insomnio a los pacientes adultos mayores, con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Posteriormente se llevará a cabo la recolección de datos obtenidos por las escalas aplicadas para determinar las alteraciones que presentan los pacientes en el patrón de sueño y la gravedad del trastorno depresivo.

INSTRUMENTO

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

Se trata de un instrumento de auto reporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), mientras que 10 son considerados ítems inversos (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”). Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en donde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Existen evidencias robustas de que el instrumento funciona adecuadamente como prueba de cribaje (screening) tomando en cuenta diferentes condiciones sociodemográficas, como nivel educativo y edad (Yesavage, et al., 1982). Teóricamente la estructura factorial es unitaria; sin embargo, los resultados posteriores evidencian una estructura multifactorial.

La versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Se interpreta de la siguiente manera: 0-10 puntos Se considera normal, sin síntomas depresivos, 11-17 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos leves, 18-23

puntos Indica la presencia de síntomas depresivos moderados, 24-30 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

INDICE DE SEVERIDAD DE INSOMNIO

El índice de severidad del insomnio (ISI), es una herramienta breve para evaluar la gravedad del insomnio, ha sido validada en ancianos y se encontró que tiene una consistencia interna de 0.91 y validez estadísticamente significativa.

Es una escala autoaplicada que mide la calidad de sueño y de vida respecto al sueño del paciente, la cual consta de 5 ítems que se califican de 0 al 4 donde 0 es “nada” y 4 es “muy grave”, “muy insatisfecho”, “muchísimo”. El primer ítem esta subdividido en 3 partes para diferenciar entre los 3 tipos de insomnio (dificultad para quedarse dormido, dificultad para permanecer dormido o despertarse muy temprano).

Se interpreta de la siguiente manera: 0-7 = ausencia de insomnio clínico, 8-14 = Insomnio subclínico, 15 – 21 = Insomnio clínico (moderado) y 22 – 28 = Insomnio clínico (grave)

ASPECTOS ETICOS

El estudio será realizado con el consentimiento informado de los pacientes adultos mayores del Hospital Psiquiátrico de Puebla.

Las escalas se aplicarán personalmente en la consulta de seguimiento psiquiátrico con ayuda del residente de Psiquiatría en turno.

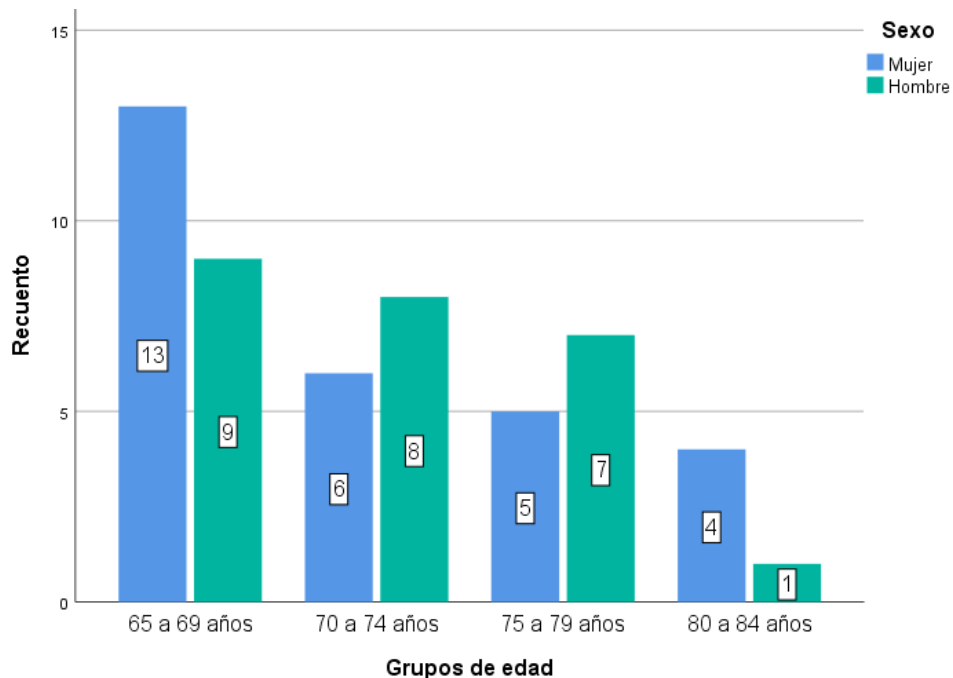
Este protocolo de tesis pasará al comité de bioética e investigación del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano de Puebla para que sea autorizado el trabajo con los pacientes que acuden a este hospital.

RESULTADOS

Se analizó la información de 53 pacientes de los cuales, el 47.2% (25) fueron hombres y el 52.8% (28) fueron mujeres. En el grupo de los hombres, el rango de la edad fue de 19 años (mínimo 65 y máximo 84 años), se obtuvo una moda de 68 años, una media de 72.2 años y una mediana de 72.0 años. En el grupo de las mujeres el rango fue también de 19 años (mínimo 65 y máximo 84 años), mientras que la moda fue de 65 años, la media de 71.6 años y la mediana de 70.5 años. La mayoría de los pacientes se encontraba en el grupo de edad de 65 a 69 años. (Tabla 1, Gráfica 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes por sexo y grupo de edad.

		Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupos de edad	65 a 69 años	13	46.4	9	36.0	22	41.5
	70 a 74 años	6	21.4	8	32.0	14	26.4
	75 a 79 años	5	17.9	7	28.0	12	22.6
	80 a 84 años	4	14.3	1	4.0	5	9.4
	Total	28	52.8	25	47.2	53	100.0



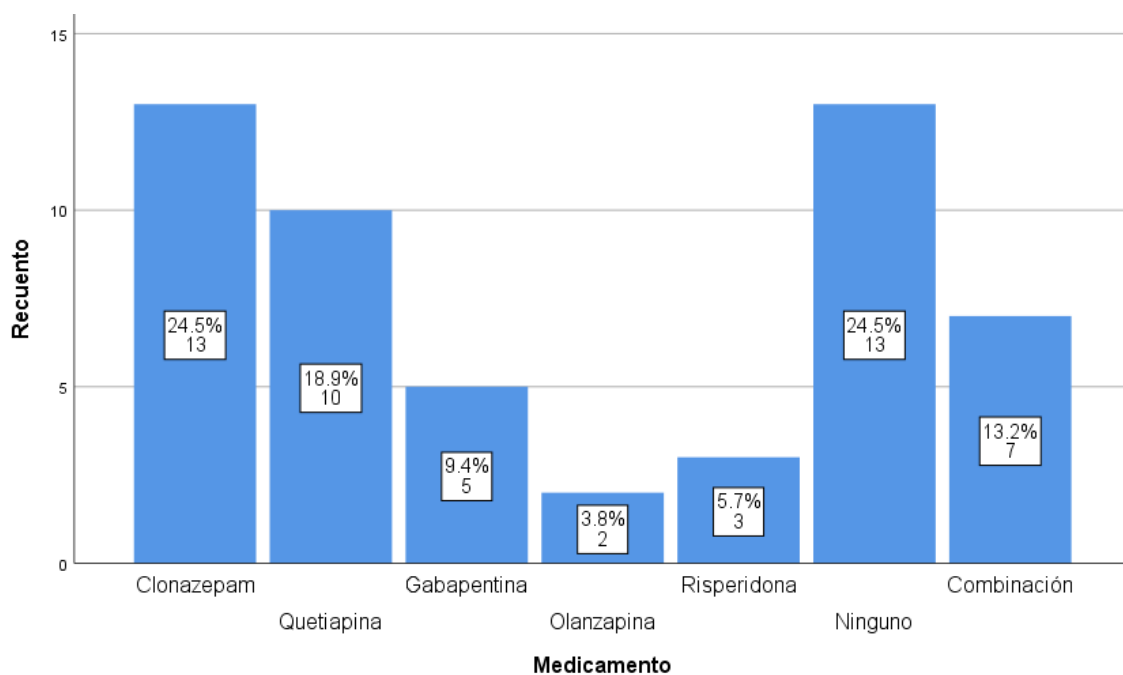
Gráfica 1. Distribución de los pacientes por sexo y grupo de edad.

Tabla 2. Distribución de los pacientes por sexo y tipo de medicamento usado.

	Mujer		Hombre		Total		p ^a
	n	%	n	%	n	%	
Clonazepam	5	17.9	8	32.0	13	24.5	0.526
Quetiapina	6	21.4	4	16.0	10	18.9	
Gabapentina	3	10.7	2	8.0	5	9.4	
Olanzapina	1	3.6	1	4.0	2	3.8	
Risperidona	1	3.6	2	8.0	3	5.7	
Ninguno	6	21.4	7	28.0	13	24.5	
Combinación	6	21.4	1	4.0	7	13.2	
Total	28	52.8	25	47.2	53	100.0	

a. Prueba Exacta de Fisher

En cuanto al tipo de medicamento usado por los pacientes, se encontró que el 24.5% (13) no tomaba ningún medicamento y, en igual proporción, se encontraban los pacientes que tomaban Clonazepam. El 18.9% (10) tomaban Quetiapina mientras que el 9.4% (5) tomaban Gabapentina. La menor frecuencia de consumo lo presentaron Risperidona con 5.7% (3) y Olanzapina con 3.8% (2). El 13.2% (7) tomaba una combinación de medicamentos tal como Quetiapina con Gabapentina, Clonazepam con Quetiapina, Clonazepam con Gabapentina y Clonazepam con Risperidona. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de medicamento y el sexo ($p=0.526$). (Tabla 2, Gráfica 2)



Gráfica 2. Frecuencia de consumo de medicamentos.

Tabla 3. Distribución de la severidad de la dificultad para dormir, la dificultad para permanecer dormido y el despertar temprano por sexo de los pacientes.

		Mujer		Hombre		Total		p ^a
		n	%	n	%	n	%	
Dificultad para dormir	Nada	4	14.3	3	12.0	7	13.2	0.813
	Leve	9	32.1	9	36.0	18	34.0	
	Moderado	12	42.9	9	36.0	21	39.6	
	Grave	1	3.6	3	12.0	4	7.5	
	Muy grave	2	7.1	1	4.0	3	5.7	
Dificultad para permanecer dormido	Nada	1	3.6	2	8.0	3	5.7	0.717
	Leve	14	50.0	8	32.0	22	41.5	
	Moderado	3	10.7	4	16.0	7	13.2	
	Grave	8	28.6	9	36.0	17	32.1	
	Muy grave	2	7.1	2	8.0	4	7.5	
Despertar temprano	Nada	5	17.9	5	20.0	10	18.9	0.962
	Leve	8	28.6	8	32.0	16	30.2	
	Moderado	6	21.4	6	24.0	12	22.6	
	Grave	8	28.6	5	20.0	13	24.5	
	Muy grave	1	3.6	1	4.0	2	3.8	
Total		28	52.8	25	47.2	53	100.0	

a. Prueba Exacta de Fisher

En cuanto a la dificultad para dormir, el 39.6% (21) de los pacientes reportaron un nivel moderado mientras que el 5.7% (3) reportaron un nivel muy grave. En cuanto a la dificultad para permanecer dormido, el 41.5% (22) de los pacientes reportaron un nivel leve mientras que el 32.1% (17) reportaron un nivel grave. En cuanto a despertar temprano el 22.6% (12) de los pacientes reportaron un nivel moderado, el 24.5% (13) un nivel grave y el 3.8% (2) un nivel muy grave. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre sexo y la dificultad para dormir ($p=0.813$), la dificultad para permanecer dormido ($p=0.717$) y el despertar temprano ($p=0.962$). (Tabla 3)

Tabla 4. Distribución del tipo de insomnio y del insomnio clínico por sexo de los pacientes.

		Mujer		Hombre		Total		p ^a
		n	%	n	%	n	%	
Tipo de insomnio	Dificultad para dormir	9	32.1	10	40.0	19	35.8	0.734
	Dificultad para permanecer dormido	11	39.3	10	40.0	21	39.6	
	Despertar temprano	8	28.6	5	20.0	13	24.5	
Insomnio clínico	Clínico grave	2	7.1	2	8.0	4	7.5	0.829
	Clínico moderado	11	39.3	9	36.0	20	37.7	
	Subclínico	13	46.4	10	40.0	23	43.4	
	Sin insomnio	2	7.1	4	16.0	6	11.3	
	Total	28	52.8	25	47.2	53	100.0	

a. Prueba Exacta de Fisher

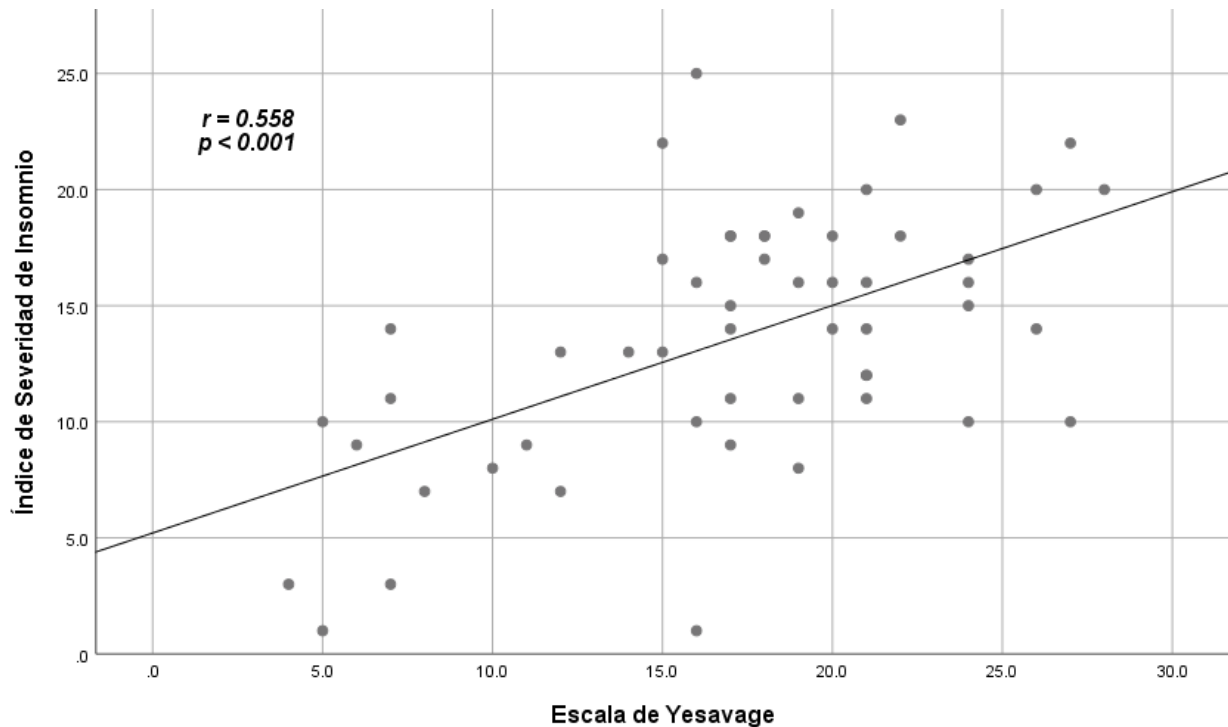
En las categorías del tipo de insomnio, se encontró que el 39.6% (21) de los pacientes presentaron dificultad para permanecer dormido mientras que el 35.8% (19) presentaron dificultad para dormir y el 24.5% (13) reportaron despertar temprano. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de insomnio y el sexo ($p=0.734$). En cuanto a las categorías de insomnio clínico, el 11.3% (6) de los pacientes se clasificaron en la categoría de sin insomnio, el 43.4% (23) en la categoría de insomnio subclínico, el 37.7% (20) en la categoría de insomnio clínico moderado y el 7.5% (4) en la categoría de insomnio clínico grave. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el insomnio clínico y el sexo ($p=0.829$). (Tabla 4)

Tabla 5. Indicadores numéricos de la Escala de Yesavage y del Índice de Severidad de Insomnio

	Min	Max	Media	DE	IC 95%
Escala de Yesavage	4.0	28.0	17.2	6.2	(15.4, 18.9)
Índice de Severidad de Insomnio	1.0	25.0	13.6	5.4	(12.1, 15.1)

Min: Mínimo, Max: Máximo, DE: Desviación Estándar, IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

El puntaje de la Escala de Yesavage mostró un mínimo de 4 y un máximo de 28 con una media de 17.2 puntos y una desviación estándar de 6.2, con IC 95% (15.4, 18.9) mientras que el Índice de Severidad de Insomnio mostró un mínimo de 1 y un máximo de 25 con una media de 13.6 y una desviación estándar de 5.4 puntos, con IC 95% (12.1, 15.1). (Tabla 5)



Gráfica 3. Diagrama de dispersión entre el puntaje de la Escala de Yesavage y el Índice de Severidad de Insomnio.

Se encontró una correlación positiva moderada entre el puntaje de la escala de Yesavage y el Índice de Severidad de Insomnio, esta correlación mostró ser estadísticamente significativa ($r=0.558$, $p<0.001$). (Gráfica 3)

CONCLUSIONES

En la población adulta mayor que presentó diagnóstico de depresión mayor en el periodo de julio y agosto de 2020, el 52.8% (28) fueron mujeres y el 41.5% (22) reportaron una edad entre 65 y 69 años.

El medicamento que es más usado para los problemas de sueño en esta población fue Clonazepam con 24.5% (13), seguido de Quetiapina con 18.9% (10) y la combinación de medicamentos tal como Quetiapina con Gabapentina, Clonazepam con Quetiapina, Clonazepam con Gabapentina y Clonazepam con Risperidona con 13.2% (7).

Las alteraciones en el patrón de sueño más frecuentemente reportadas por los adultos mayores fueron la dificultad para permanecer dormido con 39.6% (21), la dificultad para dormir con 35.8% (19) y el despertar temprano con 24.5% (13).

El Índice de Severidad de Insomnio mostró un mínimo de 1 y un máximo de 25 con una media de 13.6 y una desviación estándar de 5.4 puntos. En cuanto a las categorías de insomnio clínico, el 11.3% (6) de los pacientes se clasificaron en la categoría de sin insomnio, el 43.4% (23) en la categoría de insomnio subclínico, el 37.7% (20) en la categoría de insomnio clínico moderado y el 7.5% (4) en la categoría de insomnio clínico grave.

DISCUSION

Encontramos una correlación positiva en el puntaje de la escala de Yesavage con el puntaje del índice de severidad de insomnio, observando que a mayor puntaje en la escala de Yesavage hay un mayor puntaje en el índice de severidad de insomnio con un valor estadísticamente significativo de ($p < 0.001$), respondiendo de esta manera la pregunta de investigación, que entre mayor sea la gravedad del trastorno depresivo, mayor será la severidad del insomnio en los pacientes.

En un estudio de Oliver Le Bon del 2018 donde se analizaron 2312 polisomnografías en pacientes sin medicamento y compararon en ellos el índice de severidad de insomnio con el cuestionario de depresión de Beck, encontraron que el diagnóstico de trastorno depresivo mayor se asoció significativamente con el índice de severidad del insomnio y se correlacionó con la intensidad de los síntomas depresivos. Al igual que en nuestro estudio donde se utilizó la escala de Yesavage y el índice de severidad de insomnio, agregando además que el tipo de insomnio que más se reportó fue la dificultad para permanecer dormido.

En este estudio, la muestra fue de 53 pacientes mujeres y hombres adultos mayores con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, en quienes encontramos alteraciones en el patrón del sueño, principalmente problemas para mantener el sueño, sin diferencia en relación con el sexo, de la misma forma se mostró que el medicamento más utilizado para tratar los problemas de sueño en este hospital es el Clonazepam, seguido de la Quetiapina.

Debemos tener en cuenta que la depresión es un trastorno frecuente en el adulto mayor, el cual afecta múltiples campos de su vida, tanto su patrón de sueño, su funcionalidad, mayor deterioro cognitivo, así como el control de enfermedades comórbidas. De igual manera sabemos que el patrón de sueño puede afectar estas áreas, ya que durante el sueño se regulan procesos cognitivos como la consolidación de recuerdos, procesos biológicos de homeostasis del sistema nervioso lo cual influye directamente sobre la vida diaria del paciente y su funcionalidad física.

Este estudio nos muestra un panorama del manejo para los problemas de sueño en los adultos mayores del hospital psiquiátrico de Puebla, observando que a la mayor parte de ellos se les receta clonazepam, medicamento no indicado de primera línea para problemas de sueño, con riesgo incluso de provocar caídas y fracturas en el adulto mayor, así como aumento de deterioro cognitivo cuando se utiliza de manera crónica. Por lo tanto, debemos individualizar el tratamiento de cada uno de los pacientes de manera protocolizada, conociendo que existen otros tipos de medicamentos sedantes e hipnóticos con mejores repuestas y menos efectos secundarios que las benzodiacepinas.

Al existir una correlación positiva entre el puntaje alto de Yesavage y el índice de severidad de insomnio, se podría investigar si al corregir los problemas de sueño

mejora la sintomatología afectiva y por tanto disminuye el puntaje del índice de Yesavage, ayudando de esta manera a mantener un control más adecuado del trastorno depresivo mayor junto con su tratamiento antidepresivo.

Este estudio tuvo limitaciones por la contingencia que se vive en la actualidad en el mundo; siendo nuestra población un grupo de riesgo al ser adultos mayores, no se logró llegar a la muestra calculada usando una muestra por conveniencia debido al Covid 19. Se considero únicamente la variante del trastorno depresivo mayor como factor de alteración del sueño, sin considerar otro tipo de variables sociales, o enfermedades comórbidas. Solo se valoró el tratamiento para la alteración del sueño, sin valorarse el tratamiento antidepresivo indicado en cada paciente.

El estudio presentó fortalezas como realizar una medición no solamente del trastorno depresivo mayor, sino además de la alteración del sueño con el índice de severidad de insomnio. Se realizó el estudio a una población de riesgo que se encuentra de manera creciente a nivel mundial y poco estudiada en nuestro hospital.

En base a los resultados obtenidos, se puede plantear la posibilidad de buscar una correlación entre los medicamentos antidepresivos y el resultado del índice de severidad de insomnio en los pacientes con trastorno depresivo, y describir si existen cambios en la calidad de sueño de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Georgakis, M. K., Papadopoulos, F. C., Protogerou, A. D., Pagonari, I., Sarigianni, F., Biniaris-Georgallis, S., Petridou, E. T. (2016). Comorbidity of Cognitive Impairment and Late-Life Depression Increase Mortality. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29(4), 195–204. <https://doi.org/10.1177/0891988716632913>
2. Saavedra A.G., Rangel S.L., Garcia A., Duarte A., Bello Y.E., Infante A. (2016) Depresion y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, Mexico. *Aten Fam.*, 23 (1): 24-28.
3. Grover, S., Mehra, A., Dalla, E., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2018). A naturalistic 1 year follow-up study of the elderly patients with depression visiting the psychiatric outpatient services for the first time. *Psychiatry Research*, 267, 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.080>
4. 27.- Proyecciones de la población de México y entidades federativas (2015). Datos.gob.mx <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050/resource/0051a28e-42e6-47b2-b4db-3de73b8bdf16>
5. Ugalde O. (2010). Guía clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogeriátricos. Ed. S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Seria: Guías clínicas para la atención de Trastornos Mentales).
6. Morimoto, S. S., Kanellopoulos, D., Manning, K. J., & Alexopoulos, G. S. (2015). Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late life. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1345(1), 36–46. <https://doi.org/10.1111/nyas.12669>
7. Yoon, S., Shin, C., & Han, C. (2017). Depression and Cognitive Function in Mild Cognitive Impairment: A 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(5), 280–288. <https://doi.org/10.1177/0891988717723741>
8. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A, Tham A, et al. (2016) Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PLoS ONE* 11(8): e0160859. doi:10.1371/journal.pone.0160859
9. Alexopoulos, G. (2005a, 4 junio). Depression in the elderly. Volumen 365 www.thelancet.com
10. Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*, 221, 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.011>
11. Giri, M., Chen, T., Yu, W., & Lü, Y. (2016). Prevalence and correlates of cognitive impairment and depression among elderly people in the world's fastest growing city, Chongqing, People's Republic of China. *Clinical*

- Interventions in Aging, Volume 11, 1091–1098.
<https://doi.org/10.2147/cia.s113668>
12. Bertollin, J. M. (2006). Depresión y tratamiento electroconvulsivo en adultos de edad avanzada. *Med Clin (Barc)*, 126(13), 493–494.
 13. Ramirez L, Perez E., Garcia F., (2018) Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i3.3688>
 14. Diagnostico y Tratamiento de la Depresion en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atencion. Mexico Secretaria de Salud 2011.
 15. Mitchell, P. B., & Harvey, S. B. (2014). Depression and the older medical patient—When and how to intervene. *Maturitas*, 79(2), 153–159.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.010>
 16. Saavedra Perez, H. C., Direk, N., Hofman, A., Vernooij, M. W., Tiemeier, H., & Ikram, M. A. (2013). Silent brain infarcts: A cause of depression in the elderly? *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 211(2), 180–182.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2012.06.005>
 17. Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., & Glymour, M. M. (2016). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564–573.
<https://doi.org/10.1002/gps.4495>
 18. Andreescu, C., & Reynolds, C. F. (2012). Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos caminos prometedores para la investigación y la práctica clínica. *Psiquiatría Biológica*, 19(4), 116–126.
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2012.07.005>
 19. Grandner, M. A. (2017). Sleep, Health, and Society. *Sleep Medicine Clinics*, 12(1), 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.012>
 20. Benca, R. M., & Teodorescu, M. (2019). Sleep physiology and disorders in aging and dementia. *Handbook of Clinical Neurology*, 477-493.
<https://doi.org/10.1016/b978-0-12-804766-8.00026-1>
 21. Pavlova, M. (2017). Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 23(4), 1051-1063.
<https://doi.org/10.1212/con.0000000000000499>
 22. Miner, B., & Kryger, M. H. (2017). Sleep in the Aging Population. *Sleep Medicine Clinics*, 12(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.008>
 23. Yaremchuk, K. (2018). Sleep Disorders in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(2), 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.008>
 24. Byrne, E. M., Timmerman, A., Wray, N. R., & Agerbo, E. (2019). Sleep Disorders and Risk of Incident Depression: A Population Case–Control Study. *Twin Research and Human Genetics*, 22(03), 140-146.
<https://doi.org/10.1017/thg.2019.22>

25. Barateau, L., Lopez, R., Franchi, J. A. M., & Dauvilliers, Y. (2017). Hypersomnolence, Hypersomnia, and Mood Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0763-0>
26. Murphy, M. J., & Peterson, M. J. (2015). Sleep Disturbances in Depression. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.009>
27. Blanco, M., & Salazar, M. (2014). Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. *Compendio de Instrumentos de Medición IIP*, , 241–246.
28. Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano México: Instituto Secretaría de Salud, 2011.
29. Le Bon, O., Lanquart, J.-P., Hein, M., & Loas, G. (2019). Sleep ultradian cycling: Statistical distribution and links with other sleep variables, depression, insomnia and sleepiness—A retrospective study on 2,312 polysomnograms. *Psychiatry Research*, 279, 140-147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.141>

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE (30 items)

Escala de Yesavage		
Escala de depresión geriátrica de Yesavage		
Item	Pregunta a realizar	1 punto al responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

INDICE DE SEVERIDAD DE INSOMNIO

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

Se interpreta de la siguiente manera: 0-7 = ausencia de insomnio clínico, 8-14 = Insomnio subclínico, 15 – 21 = Insomnio clínico (moderado) y 22 – 28 = Insomnio clínico (grave)