

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**  
**HUMANA**



**TESIS:**

*“INCIDENCIA DE PRESCRIPCIÓN DE PSICOFARMACOS PARA  
TRATAMIENTO DEL INSOMNIO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN  
ESSALUD II-CAJAMARCA, 2021-2022.”*

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:**

PAREDES FERNÁNDEZ, THANIA STEFANY

**ASESOR:**

DR. SANTOS HURTADO, EDWIN ADMIR

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4294-2456>

**Cajamarca - 2023**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>6</b>
1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
6	
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	7
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	7
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	8
OBJETIVO GENERAL .....	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	10
2.2. BASES TEÓRICAS.....	13
2.2.1. <i>ENVEJECIMIENTO</i> .....	13
2.2.2. <i>SUEÑO</i> .....	14
2.2.3. <i>INSOMNIO:</i> .....	18
2.2.4. <i>TRATAMIENTO INSOMNIO</i> .....	23
2.3. TÉRMINOS BÁSICOS .....	27
<b>CAPITULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ..</b>	<b>28</b>
3.1. HIPÓTESIS .....	28
3.2. VARIABLES .....	28
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	28
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>30</b>
4.1. MATERIAL Y MÉTODOS:.....	30
4.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS: .....	31
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
5.1. RESULTADOS.....	32
<b>CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN .....</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>
<b>CAPÍTULO X: ANEXOS .....</b>	<b>48</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Incidencia De Prescripción De Psicofármacos Para Tratamiento Del Insomnio En Pacientes Adultos Mayores Atendidos En El Hospital Essalud Ii Cajamarca. ....	32
Tabla 2. Características Sociodemográficas En Pacientes Adultos Mayores Con Insomnio En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022 .....	32
Tabla 3. Diagnóstico De Insomnio Más Frecuente En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	33
Tabla 4. Tipo De Diagnóstico En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	33
Tabla 5. Caso De Diagnóstico En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	33
Tabla 6. Antecedentes Patológicos Con El Insomnio En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	34
Tabla 7. Uso De Psicofármacos Para Tratamiento De Insomnio En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	34
Tabla 8. Psicofármacos Más Frecuentes Utilizados Para Tratamiento De Insomnio En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	35
Tabla 9. Seguimiento Para El Tratamiento De Insomnio En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	35
Tabla 10. Sobretratamiento Para Tratamiento De Insomnio En Pacientes Adultos Mayores En El Hospital Essalud Ii Cajamarca, Durante Los Años 2021 A 2022. ....	35

## RESUMEN

El insomnio es un trastorno del sueño que afecta a personas de todas las edades, pero es más común en adultos mayores, debido a los cambios en sus ritmos circadianos, la reducción de la producción de melatonina y la disminución de la calidad del sueño. Además, tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas mayores, ya que puede afectar su capacidad para realizar actividades diarias y aumentar el riesgo de enfermedades crónicas **Objetivo:** Determinar la incidencia de prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022. **Diseño:** Estudio descriptivo de corte transversal. **Lugar:** Hospital EsSalud II Cajamarca. **Participantes:** Pacientes que han sido diagnosticados y/o tratados contra el insomnio, atendidos en Hospital II EsSalud Cajamarca. **Intervenciones:** Se construyó una ficha de análisis documental en función a las historias clínicas virtuales de los pacientes que acuden a EsSalud II - Cajamarca, que son diagnosticados y tratados de insomnio. Para referir los hallazgos se manejó promedios y porcentajes. **Resultados:** Se incluyeron 128 participantes. La incidencia de insomnio fue de 1,5%. La frecuencia de insomnio fue mayor en mujeres y en el grupo etario de 85 a más años. Se encontró mayor frecuencia de insomnio en pacientes con hipertensión arterial y trastorno mixto de ansiedad y depresión. Hubo mayor frecuencia de uso de psicofármacos para tratamiento de insomnio y fueron las benzodiacepinas. Existió sobretatamiento en el 31 % de la población estudiada y un 13% tuvo seguimiento en el tratamiento. **Conclusiones:** La incidencia de prescripción de psicofármacos para el insomnio obtenida en este estudio es menor a la población general en estudios extranjeros, pero similar a los estudios a nivel nacional.

## ABSTRACT

Insomnia is a sleep disorder that affects people of all ages, but is more common in older adults, due to changes in their circadian rhythms, reduced melatonin production and decreased sleep quality. In addition, it has a significant impact on the quality of life of older people, as it can affect their ability to perform daily activities and increase the risk of chronic diseases **Objective:** To determine the incidence of prescription of psychotropic drugs for the treatment of insomnia in older adult patients treated at the Hospital EsSalud II Cajamarca, during the years 2021 to 2022. **Design:** Descriptive cross-sectional study. **Place:** Hospital EsSalud II Cajamarca. **Participants:** Patients who have been diagnosed and/or treated for insomnia, attended at Hospital II EsSalud Cajamarca. **Interventions:** A documentary analysis card was constructed based on the virtual medical records of patients attending EsSalud II - Cajamarca, who are diagnosed and treated for insomnia. Averages and percentages were used to refer to the findings. **Results:** 128 participants were included. The incidence of insomnia was 1.5%. The frequency of insomnia was higher in women and in the 85 to older age group. A higher frequency of insomnia was found in patients with arterial hypertension and mixed anxiety and depressive disorder. There was a higher frequency of use of psychotropic drugs for the treatment of insomnia and these were benzodiazepines. There was overtreatment in 31% of the population studied and 13% had follow-up in treatment. **Conclusions:** The incidence of prescription of psychotropic drugs for insomnia obtained in this study is lower than the general population in foreign studies, but similar to studies at the national level.

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Según el INEI, Perú tiene 4,14 millones de adultos mayores de 60 años, lo que representa el 12,7% de la población total en 2020.

El sueño es de suma importancia para la vida humana. A través de él se recupera la energía y, además, es el momento en el que se procesa toda la información recogida durante el día. El sueño es la actividad que más tiempo requiere de nuestra vida (alrededor del 35 %) (1).

Uno de los trastornos del sueño más comunes en las personas mayores es el insomnio. Hasta el 50% de las personas mayores se quejan de dificultad para iniciar o mantener el sueño. La prevalencia del insomnio es mayor en los ancianos que en los jóvenes. La prevalencia general de los síntomas del insomnio en los ancianos oscila entre el 30 % y el 48 %, y la prevalencia de los trastornos del insomnio oscila entre el 12 % y el 20 % (2).

El insomnio ocasional a corto plazo afecta del 30% al 50% de la población. Se estima que la prevalencia del insomnio crónico en los países desarrollados es de al menos un 5% a un 10%. porque la carga económica del insomnio no tratado es mucho mayor que la del tratamiento del insomnio (3).

Los tratamientos comunes para el insomnio incluyen el tratamiento de condiciones médicas y psiquiátricas comórbidas, el cambio de fármacos y sustancias que interrumpen el sueño y la optimización del entorno del sueño. Los tratamientos específicos para el insomnio se dividen en dos categorías principales. Terapia no farmacológica, principalmente terapia cognitivo-

conductual. La farmacoterapia es el tratamiento más utilizado para el insomnio (4).

Este estudio tiene como objetivo analizar y determinar la incidencia de consumo de psicofármacos para el tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores atendidos en hospital EsSalud II Cajamarca durante los años 2021 a 2022, ya que esta población es la más común de sufrir este trastorno, y además conocer los medicamentos más frecuentes que se prescriben para el manejo de este. En base al resultado, establecer programas de prevención como asistencia con visitas domiciliarias, talleres, terapias grupales, entre otros, para disminuir la ingesta mal prescrita de psicofármacos para tratar el insomnio.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la incidencia de la prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores atendidos en EsSalud II – Cajamarca durante los años 2021 – 2022?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El objetivo del proyecto de investigación es dar acceso a la realidad de nuestros adultos mayores y su calidad de sueño y estimular más investigación en este grupo de población ante la rápida progresión de la población en crecimiento. Además de analizar y determinar la incidencia de uso de fármacos para tratar el insomnio en pacientes adultos mayores, ya que este grupo de pacientes padece con mayor frecuencia este trastorno, así como conocer los fármacos más

prescritos para tratar el insomnio. Considerando también el alto coste de este tratamiento y reconociendo que el coste económico del insomnio no tratado es muy superior al del tratamiento del insomnio.

Dado que la privación del sueño representa un problema particular para los médicos debido a la falta de guías y pocos estudios tienen como objetivo investigarla, se entiende por ello, que es importante establecer estrategias clínicas para el diagnóstico y tratamiento de esta patología con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Lo que debemos saber los médicos y estudiantes son los cambios que trae consigo el ciclo sueño-vigilia con la edad; independientemente del proceso patológico, es decir, los trastornos del sueño; y las consecuencias de la acción terapéutica, porque ese es nuestro objetivo como profesionales de la salud.

#### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Objetivo general**

- Determinar la incidencia de prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.

##### **Objetivos específicos**

- Establecer la relación de Características Sociodemográficas con el insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.

- Señalar la relación de antecedentes patológicos con el insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.
- Determinar los psicofármacos más frecuentes utilizados para tratamiento de insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.
- Establecer si existe un seguimiento al tratamiento instaurado para el manejo del insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022
- Precisar si existe sobretreatmento para tratamiento de insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.**

- El tamaño de la muestra que se consideró.
- La revisión de Historias clínicas se realizó de manera virtual, la cual se hizo a través de internet, y se presentó dificultades de conexión en algún momento.
- Limitaciones en recursos humanos, ya que se cuenta con un asistente y la presente autora, los que realizaron la recolección de datos.
- Limitaciones de tiempo, ya que la recolección de datos se realizó en 3 semanas, y por el tamaño de la muestra puede resultar ser corto.

### **1.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Se mantuvo la discrecionalidad en el uso de la información obtenida.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Al buscar acerca de los antecedentes del objeto de estudio, se encontraron investigaciones que favorecieron a aclarar la problemática abordada sobre los adultos mayores con insomnio, así tenemos los siguientes:

Muñoz (5), investigó con el objetivo de evaluar la deprescripción de benzodiazepinas (BZD) en ancianos con insomnio y/o trastornos de ansiedad; La evidencia se generó a través de la revisión bibliográfica de búsquedas en bases de datos de revistas electrónicas. Y resultó que el uso prolongado de BZD para problemas de insomnio y/o ansiedad se asoció con daños que aumentaron su prevalencia con la edad y se relacionaron directamente con efectos secundarios como caídas, deterioro cognitivo, tolerancia, dependencia, abuso y otras conductas paradójicas. Y se ha encontrado que varias rutas de deprescripción de BZD han demostrado ser seguras debido a sus buenos resultados. Deben enfatizarse las guías de intervención algo más estructuradas con reducción de dosis escalonada, respaldadas por entrevistas estandarizadas, que abordan varios aspectos del uso crónico de BZD y aconsejan al paciente sobre las dificultades en el proceso de deshabitación.

Torres (6), quien intentó determinar la relación entre calidad de vida e insomnio en adultos mayores. Con estudios cuantitativos, descriptivos, correlacionales, transversales. Como resultado, el 55,6% son mujeres, el 71,1% son analfabetos, el 56% son casados, el 47,8% se dedican al hogar y el 27,8% son agricultores. El 50% de los participantes dormía entre 3 y 6 horas, con una media de 4,3 horas de sueño. La calidad de vida se relaciona con el insomnio de forma estadísticamente

significativa, es decir, cuanto más fuerte es el insomnio, menor es la calidad de vida. Y concluyó que, a pesar de los cambios que trae el envejecimiento, las pocas horas de sueño, el insomnio crónico y la somnolencia diurna, las personas mayores deben seguir activas en el trabajo.

Suquillo (7) realizó una revisión bibliográfica para demostrar que la polifarmacia es un factor precipitante de los trastornos del sueño en los adultos mayores. De esta forma esperaba fomentar el uso correcto de los medicamentos, reducir al mínimo efectivo el número de fármacos y dosis y evitarlos; de ahí las interacciones medicamentosas y sus efectos secundarios. El estudio es una revisión bibliográfica teórica que involucró la búsqueda, revisión, selección e interpretación de artículos actualizados. Por ello, se seleccionaron nueve artículos con los criterios definidos y se encontró una asociación significativa entre polifarmacia y trastornos del sueño.

Gómez et al. (8), otro estudio a nivel internacional, dirigido a caracterizar el consumo de psicofármacos en el grupo básico de trabajo en el área de salud del Policlínico Docente Universitario Martha Abreu de Estévez. Como resultado, los medicamentos frecuentemente se toman como automedicación, prescritos por complacencia y pueden tener indicaciones médicas precisas, pero no cumplen con las normas establecidas para su uso correcto. Entre las variables epidemiológicas predominó la edad de 50 a 64 años y el sexo femenino. La reducción de la presión arterial y el alivio de los problemas familiares y laborales fueron los principales impulsores del consumo. Todo lo anterior advierte sobre la necesidad de intervenciones educativas dirigidas a los profesionales de la salud y al público en general para sensibilizarlos sobre los riesgos e impactos de este comportamiento en la salud y calidad de vida de los consumidores.

Havrylyak (9), cuyo objetivo fue evaluar el sueño de personas mayores en un centro sociosanitario y ver cómo la realización de actividades, la toma de psicofármacos afecta al sueño y la calidad de vida. El carácter del estudio es observacional, descriptivo, transversal para evaluar el sueño y la calidad de vida de los residentes institucionalizados del centro social Virgen del Pilar de Zaragoza. Como resultado, el estado de salud percibido se relaciona significativamente con el nivel de actividad y el buen dormir, jugando un papel importante la percepción subjetiva de bienestar y el estado de sueño según la escala de Oviedo. El 85,2% de los residentes consume psicotrópicos, lo que significa que las personas necesitan ayuda de medicamentos para el insomnio. Se observa significación estadística entre la edad (80-95 años) y las actividades profesionales, visitas y apoyos utilizados para llevar una vida activa que mejoran las percepciones de bienestar, sueño, salud y calidad de vida. Y se concluyó que las personas menos activas e inmovilizadas con baja calidad de vida tienen más trastornos del sueño, y el uso de psicofármacos mejora el sueño y el bienestar en los adultos mayores.

Nañez (10) en su estudio investigó la prevalencia, características del uso y los factores socio - demográficos asociados al consumo de psicofármacos en los adultos mayores en Ica, en el año 2021. Y resultó que la edad que inicia el consumo es de 38 - 57 años, el 34.8% se relaciona con el diazepam, el tiempo de consumo más frecuente es inferior a un año. 68.2% Consume 1 tableta todos los días, el 51.2% relacionan con el consumo con insomnio, el 87.9% indica que el médico es quien lo prescribe. La edad, el género, el estado civil y la zona de residencia presentaron una asociación en el consumo de drogas psicofármacos.

Becerra (11), cuyo objetivo fue relacionar el insomnio y la ansiedad en el contexto del aislamiento social por la pandemia de COVID 19 en pacientes mayores de 60 años, se incluyó a 287 pacientes expuestos a aislamiento social durante la pandemia. Sus resultados fueron que No hubo diferencias significativas en relación con las variables relacionadas con la edad, el origen o el estado civil entre los pacientes estudiados, la frecuencia del insomnio en personas mayores con ansiedad fue de 55%, la frecuencia fue del 20% en pacientes con insomnio y sin ansiedad; por ello, se concluye que existe una conexión entre el insomnio y la ansiedad en el contexto del aislamiento social en personas mayores de 60 años durante la pandemia Covid19 con prevalencia de 3.04, que resulta ser significativa.

Zevallos (12) buscó analizar el aporte a través de una revisión documental de los factores que intervienen en la calidad del sueño en adultos mayores entre 2010 y 2020. Esta revisión documental se basa en las bases de datos Scielo, EBSCO Host, Dialnet y PubMed. También concluyó que los cambios fisiológicos y la presencia de factores como la edad avanzada, los bajos ingresos, las enfermedades crónicas, las enfermedades psicógenas, el consumo de drogas y la reducción de la autoconciencia sobre la salud se asociaron con una mayor proporción de mala calidad del sueño.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. ENVEJECIMIENTO**

Según la Real Academia Española, envejecimiento es la acción y efecto de envejecer o envejecerse, y el envejecer corresponde a dicho de una persona o de una cosa: Hacerse vieja o antigua.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es el resultado de la acumulación de diversos daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que conduce a una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales con un mayor riesgo de enfermedad y finalmente la muerte.

El envejecimiento se caracteriza por cambios progresivos y en gran medida predecibles que se asocian con una mayor susceptibilidad a muchas enfermedades. Con el aumento de la edad, las mutaciones se acumulan en las células madre, pero difieren según el órgano (13).

### 2.2.2. SUEÑO

El sueño es un estado rápidamente reversible de reducción de la capacidad de respuesta, la actividad motora y el metabolismo. El sueño se puede segmentar ampliamente en sueño de movimientos oculares rápidos (REM) y sueño no REM (NREM).

**Sueño NREM:** la mayoría de los adultos entrarán en el sueño desde el estado de somnolencia a través del sueño NREM. El sueño NREM se divide en tres etapas:

- Etapa N1: es la transición general de la vigilia al sueño. Los movimientos de los ojos suelen ser lentos y ondulantes. La etapa N1 es la etapa más ligera del sueño; los pacientes despiertos por lo general no se dan cuenta de que en realidad están dormidos. Representa del 5 al 10% o menos del tiempo total de sueño en adultos jóvenes.
- Etapa N2: la etapa N2 generalmente comprende el mayor porcentaje del tiempo total de sueño en adultos normales de mediana edad,

generalmente 45-55% de la noche. Las benzodiazepinas aumentan la etapa de sueño N2.

- Etapa N3: el sueño de la etapa N3 a menudo se denomina "sueño profundo" o "sueño de ondas lentas"; generalmente representa del 10 al 20% del tiempo total de sueño en adultos jóvenes y de mediana edad y disminuye con la edad. La etapa N3 tiende a ser más abundante en la primera mitad de la noche y particularmente en la primera parte de la noche, porque la actividad de ondas lentas durante el sueño representa el impulso homeostático para dormir, que es máximo después de un período de vigilia. A menudo es más difícil despertar a una persona dormida durante la etapa N3 que durante las etapas N1 y N2, y la etapa N3 es un momento típico para que ocurran las parasomnias NREM (14).

**Sueño REM:** el sueño REM se caracteriza por movimientos oculares rápidos, atonía muscular y actividad cerebral similar a la que se observa durante la vigilia activa, por lo que también se le llama "sueño REM". Es el sueño el que se asocia con los sueños más gustosos y mejor estructurados y parece ser de gran importancia para la consolidación de la memoria y el aprendizaje (15).

**Arquitectura del sueño.** Las fases del sueño se disponen de períodos, cada uno de los cuales dura entre 90 y 120 minutos. Durante una noche normal de sueño, ocurren de cuatro a cinco ciclos. Las transiciones de etapa ocurren durante la noche, generalmente con un mayor porcentaje de sueño no REM en la primera mitad de la noche (especialmente la etapa N3) y un mayor porcentaje de sueño REM en la segunda mitad de la noche.

Los cambios en la arquitectura típica del sueño pueden ser representativos de los trastornos del sueño, aunque existen muchas otras causas (16).

**Regulación del sueño:** el tiempo y la cantidad de sueño están regulados por dos procesos, homeostático y circadiano, que requieren señales externas para sincronizarlos. Los mecanismos homeostáticos también están involucrados en la función del sueño y tienden a mantener el equilibrio interno, incluidos los neurotransmisores, las hormonas y otros marcadores. Los factores circadianos son fundamentales para anclar un patrón de sueño maduro. El componente circadiano del sueño está influenciado por factores intrínsecos y factores extrínsecos, entre los que destaca la luz, con un ciclo biológico día-noche o luz-oscuridad cada 24 horas. El "reloj circadiano" o "marcapasos biológico", situado en los núcleos supraquiasmáticos (SNA) del hipotálamo anterior, marca un ritmo adaptado a las 24 horas del día, con la ayuda de reguladores externos ("zeitgebers"), que, a través de la retina, informan al NSQ sobre la intensidad de la luz circundante, el regulador más poderoso de la secreción de melatonina por parte de la glándula pineal.

La retina percibe la luz y la señal se transmite a través del tracto retinotalámico al SCN, donde se encuentra el reloj biológico o marcapasos circadiano (17).

**Funciones Potenciales Del Sueño:** el sueño es esencial para la función cerebral y la salud fisiológica de muchas maneras.

- *Función restauradora:* la teoría restaurativa sugiere que el cuerpo se repara y se revitaliza durante el sueño. Por el contrario, la falta

de sueño conduce a un rendimiento diurno deficiente, sensación de cansancio o sueño y un efecto marcado en la función del sistema inmunológico. El sueño puede jugar un papel importante en la mitigación de los efectos adversos del estrés. La secreción de la hormona del crecimiento también alcanza su punto máximo durante el sueño; puede promover el crecimiento muscular y la regeneración celular durante la noche.

- *Función de depuración:* Es probable que el metabolismo cerebral durante el sueño desempeñe un papel restaurador a través de la eliminación de sustancias como la adenosina, que se acumula a lo largo del día y probablemente contribuye al sueño profundo de ondas lentas. En particular, el sueño parece estar asociado con un mayor espacio intersticial, lo que resulta en una mejor eliminación de los desechos neurotóxicos. Experimentalmente, la privación aguda del sueño en voluntarios humanos afecta la eliminación molecular del agente de contraste MRI inyectado por vía intratecal del parénquima cerebral, lo que sugiere que el transporte de metabolitos solubles en agua excretados al espacio extravascular del cerebro se facilita durante el sueño.
- *Plasticidad cerebral y aprendizaje:* la evidencia empírica y experimental también sugiere que el sueño desempeña un papel en la plasticidad cerebral al promover la formación y el mantenimiento de sinapsis dependientes del aprendizaje. La gente obviamente estudia peor cuando no duerme lo suficiente; por lo tanto, el sueño debería tener un impacto en la cognición y la

memoria. Los recién nacidos pasan más tiempo durmiendo y, en particular, tienen una mayor proporción de sueño REM. Algunos creen que la información sensorial producida durante el sueño, así como la actividad de la corteza motora (cuya expresión periférica está bloqueada durante el sueño REM normal), juegan un papel importante en el desarrollo del cerebro. Mientras tanto, el sueño no REM puede afectar el aprendizaje al devolver los patrones de aprendizaje sobrecargados a la línea de base (16).

### 2.2.3. INSOMNIO:

**Concepto:** El insomnio, según la Academia Española de la Lengua, es “falta de sueño a la hora de dormir” (del latín, *Insomnium*).

El insomnio, según la última clasificación del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), se define como la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño relacionada con la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o el despertar temprano debido a náuseas matutinas con incapacidad para ir. volver a dormir (17).

**Epidemiología Del Insomnio:** Con respecto a los mayores de 65 años, los estudios epidemiológicos son escasos. En los estudios internacionales revisados, la tasa varía entre el 12% y el 40%. Se estima que, entre los mayores de 65 años, la mitad de los que viven en casa y el 60% de los que viven en casa sufren algún trastorno del sueño; entre otras cosas, la dificultad para iniciar y mantener el sueño y la somnolencia diurna son más comunes en los ancianos que en otros grupos de edad (16).

**Etiopatogenia Del Insomnio:** “Los factores que contribuyen a la aparición, desarrollo y mantenimiento del insomnio se agrupan en: predisponentes,

precipitantes y perpetuantes. Esta división, basada en el curso clínico de los trastornos en los que actúan diversos factores”, es decir, es orientativa, porque en algunos aspectos se pueden enmascarar las alteraciones del sueño, las mismas que suelen ser efectos secundarios de otras enfermedades, aunque el paciente ha sido medicado (18).

**Fisiopatología del insomnio:** se puede resumir como un estado de hiperexcitación psicofisiológica. Esto ha sido probado objetivamente en el campo de las actividades cerebrales, vegetativas y endocrinas. En los últimos años se han propuesto varios “modelos” teóricos en este sentido, que ofrecen una visión parcial para sustentar técnicas de tratamiento no farmacológico del insomnio (18).

### **Causas**

Son muchas las causas que pueden alterar los patrones normales de sueño del adulto mayor, sin embargo, en el nivel de atención primaria lo más importante es determinar cuándo un paciente requiere una valoración especial. En los ancianos, el insomnio se asocia generalmente a problemas médicos o psiquiátricos (depresión, ansiedad), uso de afrodisíacos o estrés psicológico; por lo tanto, las causas son generalmente multifactoriales. Los malos hábitos de sueño y el sedentarismo juegan un papel muy importante, pero se debe descartar la presencia de una condición médica subyacente como la artrosis (los pacientes no pueden dormir o despertarse por dolor articular y/o artrosis o calambres), insuficiencia cardíaca, bronquitis crónica y/o enfisema pulmonar (el paciente se despierta con disnea nocturna o tiene apnea del sueño). Otras sustancias como el alcohol, la cafeína y los refrescos también interfieren en el desarrollo normal del sueño (13).

## Clasificación

El insomnio se puede clasificar:

a. Según la etiología:

- ◆ *Insomnio primario*: que no tiene un factor etiológico claramente identificable o no está relacionado con otras características clínicas. Esto puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento.
- ◆ *Insomnio secundario o comórbido*: ocurre como resultado de, o en el contexto de, otras características clínicas o situaciones adaptativas. El término "secundario" ha sido reemplazado recientemente por "comórbido".

b. Según la hora de la noche en que se produzca:

- ◆ *Insomnio de conciliación*: las quejas de los pacientes se refieren a la dificultad para conciliar el sueño. Se presenta generalmente en personas jóvenes, siendo la forma de insomnio más frecuentemente asociada a un problema médico, consumo de drogas o algún trastorno psiquiátrico, como un trastorno de ansiedad.
- ◆ *Insomnio de mantenimiento*: el paciente presenta problemas para mantener el sueño, frecuentes perturbaciones y/o largos periodos de vigilia. Por lo general, ocurre en casos de problemas mentales y médicos asociados con el envejecimiento.
- ◆ *Despertar precoz*: el último despertar se produce al menos dos horas antes de lo habitual del paciente.

c. Según la duración:

- ◆ *Insomnio transitorio*: Dura menos de una semana. Es el que circula con mayor frecuencia en la población. Alrededor de un tercio de la población adulta sufre algún tipo de insomnio en un año, y aproximadamente la mitad de ellos sufre lo que se conoce como insomnio transitorio. Suele estar asociado a desencadenantes estresantes, y cuando estos desaparecen, el sueño vuelve a la normalidad
- ◆ *Insomnio de corta duración o agudo*: Dura de 1 a 4 semanas. Se asocia con factores estresantes pero dura más que los tipos transitorios de insomnio.
- ◆ *Insomnio crónico*: Insomnio que dura más de 4 semanas. Puede deberse a causas internas en el cuerpo, como una enfermedad física o mental a largo plazo, o puede no haber una causa subyacente aparente. Sin embargo, la realidad es que la mayoría de las personas con insomnio crónico reportan síntomas durante muchos años (13, 16, 17).

**Diagnóstico de Insomnio:** el diagnóstico de insomnio requiere tres componentes principales: dificultad persistente para dormir, oportunidad adecuada para dormir y disfunción diurna asociada.

Los pacientes con insomnio a menudo se quejan de dificultad para conciliar el sueño y/o permanecer dormido.

La disfunción diurna también debe informarse para diagnósticos de insomnio como:

- Fatiga o cansancio.

- Atención y concentración deficientes.
- Impedimento social u ocupacional/educativo
- Cambios de humor y sensibilidades
- Somnolencia diurna
- Poca motivación y energía.
- Aumento de errores y accidentes
- Problemas de conducta como hiperactividad, impulsividad y agresión
- Preocupación continua por el sueño

A menudo también están presentes trastornos psiquiátricos o médicos comórbidos, drogas o sustancias, u otros trastornos del sueño (17).

### **Clínica**

En general, las características clínicas que se presentan, son:

- SUEÑO NOCTURNO:
  - Dificultad para conciliar el sueño.
  - Dificultad para mantener el sueño.
  - Despertar final temprano.
  - Sueño inestable.
- FUNCIONAMIENTO DIURNO:
  - Fatiga.
  - Síntomas de ansiedad o depresión.
  - Distimia.
  - Leve falta de atención/concentración.
  - Deterioro de la memoria.
  - Deficiencias en las funciones de aplicación.

- Somnolencia excesiva.
- OTROS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS:
  - Rasgos de personalidad ansiosos.

#### 2.2.4. TRATAMIENTO INSOMNIO

##### ***Terapia No Farmacológica***

- El tratamiento del insomnio suele tener como objetivo principal la mejora de la satisfacción del sueño. En este sentido, es importante aplicar un abordaje terapéutico integral en el que se evalúen todos los factores que afectan al sueño. Así, el objetivo sería mejorar tanto la calidad como la cantidad del sueño, reducir la latencia del sueño y los despertares nocturnos, así como aumentar el tiempo total de sueño y, en consecuencia, incrementar la actividad diurna.
- *Higiene del sueño:* Este es uno de los tratamientos no farmacológicos más recomendados. Los distintos tratamientos farmacológicos deben utilizarse de forma individualizada, adaptándose al perfil de cada paciente. Sin embargo, la terapia combinada farmacológica y no farmacológica puede ser más efectiva para resolver el insomnio.
- *Psicoterapia:* es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional con experiencia (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud (el paciente), cuyo objetivo es realizar cambios para mejorar la salud de este último con el fin de él desaparecer. modificando los síntomas existentes, facilitando o cambiando los patrones de comportamiento y promoviendo el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva. Se prefiere un

enfoque combinado ya que se consideran diferentes manifestaciones de insomnio.

- *Terapia conductual cognitiva (TCC)*: combina un conjunto de técnicas que incluye elementos tanto de la terapia conductual como de la terapia cognitiva que aborda los procesos afectivos y cognitivos (expectativas, creencias, pensamientos) que pueden distorsionarse para causar síntomas, y cuyo propósito será identificar y analizar estos pensamientos y creencias disfuncionales, su relación con los síntomas y construir conductas más adaptativas y funcionales (16).

### *Terapia farmacológica*

- En términos generales, se puede considerar que el insomnio en el anciano es poco diagnosticado, pero sin embargo farmacológicamente retratado. El tratamiento farmacológico puede ser efectivo, pero tiene limitaciones que deben ser consideradas. El tratamiento del insomnio en el anciano requiere una cuidadosa evaluación de su estado general debido a la frecuencia de comorbilidades, polifarmacia y posibilidad de interacción.
- *Benzodiazepinas y análogos de benzodiazepinas (fármacos Z) como hipnóticos en ancianos*: todos estos fármacos alteran en mayor o menor medida la estructura del sueño, reduciendo las fases REM y de sueño profundo necesarias tanto para el sueño reparador como para la memoria. fortalecimiento. Además, pueden causar tolerancia y dependencia (19).

En general, las benzodiazepinas y los análogos de acción corta acortan el tiempo para conciliar el sueño y aumentan el tiempo total

de sueño, pero no mejoran, e incluso pueden empeorar, el funcionamiento diurno, lo que puede deberse a su larga vida media. En cuanto a la tolerabilidad y seguridad de las benzodiazepinas en personas mayores de 60 años, cabe señalar que provocan dependencia y reducen la atención, la memoria y la actividad motora. Pueden causar desinhibición o comportamiento agresivo, contribuir a los delirios y aumentar las tasas de accidentes y muertes. También se han asociado con un mayor riesgo de fracturas de cadera (16).

- *Antidepresivos como hipnóticos en ancianos*: los antidepresivos no están oficialmente aprobados para su uso como hipnóticos puros, bloquean algunos receptores en el SNC, lo que suele provocar diversos efectos secundarios. Además, reduce en gran medida el sueño REM, que es fundamental para el descanso. El efecto hipnótico de los antidepresivos se debe principalmente a su acción antihistamínica. En general, pueden mejorar algunas de las características del insomnio asociadas con la depresión a corto plazo, pero la evidencia de su eficacia en el insomnio sin depresión, así como su uso a largo plazo, es limitada (20).

Por otra parte, los antidepresivos tricíclicos también se utilizan para el tratamiento del insomnio, sin indicación aprobada. Entre ellos destaca la doxepina, que en dosis de 3 y 6 mg fue aprobada recientemente por la FDA para el tratamiento del insomnio (21).

- *Antihistamínicos H1 como hipnóticos en ancianos*: los antihistamínicos H1 pueden tener un papel en el tratamiento a corto plazo del insomnio en adultos jóvenes, aunque la tolerancia se

desarrolla rápidamente. Además, en ancianos no existen estudios clínicos que avalen su eficacia. Al ser anticolinérgicos, afectan los síntomas delirantes, los efectos cognitivos, la retención urinaria y el estreñimiento, por lo que no se recomiendan en ancianos. Un aumento en el apetito y el peso se debe a su efecto antihistamínico (22).

- *Antipsicóticos como hipnóticos en ancianos:* los antipsicóticos atípicos a veces están indicados, fuera de etiqueta, para el tratamiento del insomnio; una prescripción atípica es para sedación y/o inducción del sueño. El antipsicótico más utilizado es la quetiapina en dosis bajas, que se comporta esencialmente como un antihistamínico H1 (21).

Los antipsicóticos atípicos, aunque mejor tolerados neurológicamente, tienen el potencial de efectos secundarios graves. De hecho, la quetiapina puede causar aumento de peso, cambios en la homeostasis de la glucosa e hiperlipidemia. Además, los antipsicóticos en ancianos con demencia aumentan el riesgo de muerte súbita por eventos cardiovasculares (23).

- *La melatonina como hipnótico en el anciano:* La melatonina es una neurohormona secretada principalmente por la glándula pineal durante la noche que juega un papel importante en la sincronización del sistema circadiano, entre los que destacan los ritmos de sueño/vigilia. La producción fisiológica de melatonina disminuye con la edad.

### **Mejor opción de tratamiento para Insomnio**

Se debe tener en cuenta principalmente, las características farmacológicas del medicamento y los factores clínicos asociados al paciente.

Los fármacos que tienen vida media más corta, los cuales se asocian con iniciación de acción más rápido, se deben indicar especialmente en pacientes con problemas para iniciar el sueño. Al contrario, se deben prescribir fármacos con vida media larga para el insomnio de mantenimiento o el despertar precoz.

El mecanismo de acción del medicamento es significativo en la elección de la terapia. Así un ejemplo reflejaría a las personas con insomnio relacionado a trastornos del ritmo circadiano, en este caso la mejor elección serían los fármacos que normalizan el ciclo sueño-vigilia o los antidepresivos sedantes serían prescritos para pacientes que además presentan depresión.

Los factores clínicos relacionados al paciente incluyen: el tipo de insomnio según sus características, la edad del paciente, la respuesta a terapias previas (13) (24).

### **2.3. TÉRMINOS BÁSICOS**

- *Psicofármacos*: son fármacos que actúan principalmente sobre el sistema nervioso central, modificando los procesos normales y patológicos del pensamiento, la percepción, el afecto, la vigilia y la conducta (17).
- *Insomnio*: insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño relacionado con la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o despertarse temprano con incapacidad para volver a dormir (17).

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **3.1. Hipótesis**

- El tipo de estudio es descriptivo, por lo tanto, no admite plantear hipótesis

### **3.2. Variables**

- Consumo de psicofármacos para tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores
- Edad
- Sexo
- Antecedentes (comorbilidades)
- Nombre de prescripción médica
- Dosificación de prescripción médica
- Tipo de diagnóstico
- Caso diagnóstico

### **3.3. Operacionalización de variables**

<b>VARIABLES DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE</b>				
<b>VARIABLES</b>	<b>TIPO DE VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>INDICADORES Y VALORES</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Años de vida de la paciente desde que nace	Numérica	
<b>Sexo</b>	Cualitativa		Dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Masculino</li> <li>▪ Femenino</li> </ul>
<b>Antecedentes (comorbilidades)</b>	Cualitativa	Enfermedades previas: HTA, DM, artrosis, Enf. Parkinson, Enf. Alzheimer, etc.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DM</li> <li>▪ HTA</li> <li>▪ Enf. Parkinson</li> <li>▪ Enf. Alzheimer</li> <li>▪ Otros</li> </ul>
<b>Nombre de prescripción médica</b>	Cualitativa	Nombre del fármaco prescrito	Nominal	
<b>Dosificación de prescripción médica</b>	Cuantitativa	Cantidad de dosis del fármaco prescrito	Nominal	
<b>Tipo de diagnóstico</b>	Cualitativa	Tipo de diagnóstico con respecto a CIE10	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presuntivo</li> <li>• Definitivo</li> </ul>
<b>Caso diagnóstico</b>	Cualitativa	Tipo de diagnóstico según número consulta médica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevo</li> <li>• Repetitivo</li> </ul>

## CAPITULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. MATERIAL Y MÉTODOS:

4.1.1. Tipo de investigación: Según la intervención del investigador es observacional porque no se manipula variables, solo se basa en la observación de la incidencia de consumo de psicofármacos prescritos para el tratamiento del insomnio en adultos mayores atendidos en Hospital EsSalud II Cajamarca. Estudio cuantitativo porque se estudia la realidad examinando los datos de manera numérica, utilizando especialmente la estadística, la cual hace demostraciones con los acápites independientes de un todo, asignándosele un número y luego se hace inferencias. Según la planificación de la toma de datos es retrospectivo porque se utiliza una base de datos ya realizada.

4.1.2. Diseño de la investigación: Según el alcance que de sus resultados es descriptivo porque se pretende determinar la incidencia de consumo de medicamentos en el manejo del insomnio en adultos mayores atendidos en Hospital EsSalud II Cajamarca como parte de la decisión de un tratamiento integral., a través de las variables, sin una mayor pretensión explicativa.

4.1.3. Criterios de inclusión:

- Edad mayor a 65 años.
- Asiste a consultorio del Hospital EsSalud II Cajamarca durante los años 2021 – 2022.
- Pacientes adultos mayores que sufren de insomnio con prescripción de psicofármacos.

4.1.4. Criterios de exclusión:

- Edad menor de 65 años.
- Se excluirán historias clínicas con falta de datos.

- Pacientes adultos mayores que no son asegurados en EsSalud II – Cajamarca

4.1.5. Instrumento: El instrumento que se utilizó en la presente investigación es una ficha de análisis documental (Anexo 1) en función a las historias clínicas virtuales de los pacientes que acuden a EsSalud II - Cajamarca, que son diagnosticados y tratados de insomnio. Este instrumento está en relación con la operacionalización de variables, tomando en cuenta las dimensiones, los indicadores y la valoración que se dé a cada uno de ellos. Asimismo, el instrumento fue validado por tres profesionales especialistas alineados a la investigación.

4.1.6. Procesamiento de datos: Posterior a la recolección de la información, a través de la utilización del instrumento, se procedió a realizar la consistencia manual para especificar qué fichas no se deben considerar. Después de revisar y corregir los datos, utilizamos la hoja de cálculo electrónica de Microsoft Excel 2021 para construir una base de datos, y por consiguiente, registrar los datos de la hoja de recolección creada.

4.1.7. Análisis e interpretación de datos: Los datos se analizaron construyéndose: cuadros, tablas y gráficos de salida, lo que permitió realizar:

- El análisis descriptivo de las variables y características de la población tratada contra el insomnio, y la medición de la proporción de incidencia de prescripción de medicamentos contra el insomnio en la población estudiada.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, utilizando la Hoja Electrónica de Cálculo Microsoft Excel 2021.

## **4.2. CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

Se mantuvo la discrecionalidad en el uso de la información obtenida.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

### 5.1. RESULTADOS

Se analizaron 208 historias clínicas de pacientes asignados para el estudio, pero la población fue de 128 pacientes, ya que había consultas médicas repetitivas.

**Tabla 1. Incidencia de prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud II Cajamarca.**

<b>Número de pacientes con prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud II Cajamarca</b>	<b>128</b>
Número de pacientes adultos mayores asegurados en la Red Asistencial de Essalud de Cajamarca en el en el 2022	8,765
Incidencia de prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud II Cajamarca	1.5%

**Tabla 2. Características Sociodemográficas en pacientes adultos mayores con insomnio en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022**

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b><i>SEXO</i></b>		
Mujer	70	54.7%
Hombre	58	45.3%
<b><i>GRUPO DE EDAD</i></b>		
De 65 a 69 años	26	20.3%
De 70 a 74 años	25	19.5%
De 75 a 79 años	27	21.1%
De 80 a 84 años	21	16.4%
De 85 años a más	29	22.7%
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 3. Diagnóstico de insomnio más frecuente en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

<b>Psicofármacos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Trastorno Del Sueño, No Especificado</b>	79	61.7%
<b>Insomnio No Orgánico</b>	40	31.3%
<b>Trastornos Del Inicio Y Del Mantenimiento Del Sueño</b>	19	14.8%
<b>Otros Trastornos Del Sueño</b>	2	1.6%
<b>Apnea Del Sueño</b>	2	1.6%
<b>Hipersomnio No Orgánico</b>	1	0.8%
<b>Trastorno No Orgánico Del Sueño, No Especificado</b>	1	0.8%
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 4. Tipo de diagnóstico en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

<b>TIPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Presuntivo	80	62.5%
Definitivo	64	50.0%
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 5. Caso de diagnóstico en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

<b>TIPO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Nuevo	96	75.0%
Repetitivo	32	25.0%
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 6. Antecedentes patológicos con el insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>HTA</b>	47	36.7%
<b>Trastorno Mixto Ansiedad Depresión</b>	24	18.8%
<b>Ansiedad</b>	15	11.7%
<b>Cefalea Tensional</b>	4	3.1%
<b>Diabetes Mellitus</b>	4	3.1%
<b>Demencia Vascular</b>	3	2.3%
<b>Demencia</b>	3	2.3%
<b>Lumbago Con Ciática</b>	2	1.6%
<b>Dispepsia</b>	2	1.6%
<b>Episodio Depresivo</b>	2	1.6%
<b>Tumor Maligno</b>	2	1.6%
<b>Reflujo Gastroesofágico</b>	2	1.6%
<b>Contractura Muscular</b>	1	0.8%
<b>Otro</b>	16	12.5%
<b>Ninguno</b>	5	3.9%
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 7. Uso de psicofármacos para tratamiento de insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

Uso	Frecuencia	Porcentaje
Sí	115	89.8%
No	13	10.2%
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 8. Psicofármacos más frecuentes utilizados para tratamiento de insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

Psicofármacos	Frecuencia	Porcentaje
Alprazolam 0.5 mg	64	55.7%
Clonazepam 2 mg	40	34.8%
Clonazepam 0.5 mg	18	15.7%
Amitriptilina 25 mg	6	5.2%
Mirtazapina 30 mg	2	1.7%
Quetiapina 200 mg	1	0.9%
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 9. Seguimiento para el tratamiento de insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

Seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
Sí	16	12.5%
No	112	87.5%
<b>Total</b>	<b>128</b>	<b>100.0%</b>

**Tabla 10. Sobretratamiento para tratamiento de insomnio en pacientes adultos mayores en el Hospital EsSalud II Cajamarca, durante los años 2021 a 2022.**

Sobretratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	31.3%
No	11	68.8%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.0%</b>

## CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN

Tanto el diagnóstico como el tratamiento de los trastornos del sueño en la vejez son un gran desafío. El insomnio a menudo pasa desapercibido o no se trata, lo que contribuye al empeoramiento de las condiciones médicas y psiquiátricas de quienes lo padecen. Comparado con otros grupos de edad, el insomnio es más común y severo en adultos mayores. Por estas razones, es importante que los profesionales de la salud tengan un conocimiento profundo de este tema (25).

Los resultados obtenidos en población adulta mayor con diagnóstico y/o tratamiento de insomnio cuantifican objetivamente la extensión del problema en pacientes de este grupo de edad y sientan las bases para tomar medidas para mejorar la situación.

En el presente estudio se obtuvo que la incidencia de prescripción de psicofármacos en pacientes diagnosticados con insomnio fue de 1,5%, eso quiere decir que de cada 100 adultos mayores (de 65 años a más) asegurados en el hospital EsSalud II Cajamarca, 2 tuvieron prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio. En un estudio, Abad (26), menciona el insomnio crónico afecta al 57 % de las personas mayores de EE. UU. con una calidad de vida deteriorada. Las principales variantes en el tratamiento del insomnio en los ancianos son la terapia psicológica/conductual, el tratamiento farmacológico o una combinación de ambos, muchos profesionales de salud ven la terapia psicológica/conductual como una intervención de tratamiento inicial. La farmacoterapia juega un papel complementario cuando el tratamiento inicial es refractario.

También se obtuvo que el diagnóstico y tratamiento del insomnio se presentó más en pacientes mujeres y que la edad con mayor porcentaje fue de 85 años a más, al igual que un meta-análisis, Zhang et al. (27), se encontró una razón de riesgo de 1,41 para las mujeres a diferencia de los hombres. El exceso de riesgo de insomnio en las mujeres fue

mucho mayor en los estudios grandes de alta calidad que en los estudios pequeños de baja calidad. La tendencia en la predisposición femenina fue constante y progresiva a lo largo de la edad, con mayor significación en la edad avanzada. Otro estudio, Dahale (28), que obtuvo en población adulta mayor con insomnio de atención primaria, que la edad media fue de 68,6 años y el 55,5% eran mujeres. El insomnio clínico se reportó en 11,8% y el insomnio subclínico en 30,4%. Los asistentes de atención primaria con insomnio tenían más probabilidades de ser mayores, mujeres y con afecciones médicas crónicas que aquellos sin insomnio. Además, en otro estudio, Charles (29), encontró que el tratamiento del insomnio aumentó significativamente con la edad, del 0,2 % en pacientes menores de 25 años al 2,7 % en pacientes de 75 años o más. El insomnio fue significativamente más tratable en las mujeres (1,4 %) que en los hombres (1,1 %). Así, las pacientes del sexo femenino estuvieron significativamente más representadas en los casos de insomnio (66,0%) en relación al total de casos. Y esto podría deberse a múltiples factores predisponentes, como lo menciona Patel (30), el insomnio se presentó más en las personas divorciadas, separadas o viudas; los niveles más bajos de educación o ingresos pueden contribuir al insomnio; el tabaquismo, el consumo de alcohol y la reducción de la actividad física son otros factores asociados con mayores tasas de insomnio en los adultos mayores.

Es importante tener en cuenta las múltiples causas del insomnio y por tanto realizar las consideraciones pertinentes para un manejo integral y la comprensión de sus consecuencias a largo plazo. Se debe considerar la combinación de causas en diferentes áreas, tales como: Mala higiene del sueño, cambios relacionados con la edad, jubilación, problemas de salud, hospitalización reciente, muerte de un cónyuge o familiar, cambios en el ritmo circadiano, uso inadecuado de hipnóticos y sustancias como el café, el tabaco o el alcohol (31,32).

También se observó en este estudio que el 75% de pacientes adultos mayores con insomnio representaron casos nuevos, mientras que el 25% restante eran casos repetitivos; lo que nos indica que la incidencia de insomnio ha aumentado entre el año 2021 y 2022, y que puede estar muy relacionado con la pandemia de COVID 19, como lo manifiesta en un estudio, Morin (33), que se realizó mediante una encuesta durante la primera ola de COVID 19, obtuvo que la incidencia de insomnio fue significativamente mayor entre los participantes que completaron la encuesta antes en la primera ola de la pandemia en comparación con los que la completaron más tarde; y el riesgo de insomnio fue mayor entre los participantes que informaron tener COVID-19, que informaron una mayor carga financiera, estuvieron en autoaislamiento prolongado.

Se obtuvo también, que aproximadamente el 40% de los pacientes adultos mayores con insomnio presentan Hipertensión Arterial como antecedente patológico, seguido de Trastorno Mixto de Ansiedad Depresión y Ansiedad. Estas comorbilidades que acompañan y complican el insomnio y viceversa, se mencionan en varios estudios. En un estudio, Wang (34) observó que había tasas significativamente más altas de arritmia, hipertensión, hemorragia cerebral, migraña y dislipidemia en personas con insomnio que en personas que no lo sufrían. También encontró que las personas mayores con insomnio que tomaban psicofármacos informaron una mayor prevalencia de arritmias, hipertensión y migrañas coexistentes, incluso después de ajustar por edad, género y depresión. Además, Dahale (28), indica en su estudio, que las personas con insomnio clínico tenían una mayor posibilidad de trastornos de salud mental comunes (como son ansiedad, depresión) y una mayor discapacidad en comparación con los grupos con insomnio subclínico o sin insomnio, además de la baja satisfacción con la vida en comparación con aquellos sin insomnio. Al igual que Jarrín (35), que encontró en su estudio que existe una fuerte asociación con la hipertensión / presión arterial (PA) en el caso de insomnio crónico

frecuente, asimismo, encontró que la hipertensión no predijo significativamente el insomnio futuro en adultos de mediana edad, pero sí lo hizo en adultos mayores. Igualmente, en su estudio, Dong (36), evaluó los síntomas subjetivos del insomnio y encontró que eran predictores significativos de hipertensión para todos los grupos de edad, incluyendo por ende a los adultos mayores, por ello, concluyó que los síntomas de insomnio son predictores consistentes de hipertensión y depresión futuras en todos los grupos de edad que no eran hipertensos ni deprimidos al inicio del estudio.

Al mismo tiempo, se encontró en el presente estudio que aproximadamente el 90% de los pacientes adultos mayores con insomnio recibieron tratamiento con psicofármacos, y que, de estos, aproximadamente el 55% utilizan un tratamiento basado en Alprazolam, seguido de Clonazepam, ambos medicamentos pertenecen a las benzodiazepinas, muy utilizadas en el tratamiento de insomnio, aunque no se toman en cuenta los efectos adversos en los adultos mayores, y tampoco que existen terapias de primera línea, que no son farmacológicas, y que han demostrado resultados favorecedores en el tratamiento de insomnio en ancianos. Como lo demuestran varios estudios: Mijster (37), indica que la primera línea de tratamiento contra el insomnio es la terapia cognitivo-conductual, resultando muy eficaz, también a largo plazo sin efectos adversos. Esta se ofrece de forma variable, desde terapia en persona hasta aplicaciones entregadas por Internet, para hacer más accesible la intervención en personas que no puedan asistir al establecimiento que la brinda. Conjuntamente con otro estudio, Cepero, et al. (38), señala los efectos adversos de las benzodiazepinas y recomendaciones de uso en ancianos; las benzodiazepinas son liposolubles y el incremento de grasa corporal que conduce el envejecimiento origina una distribución más amplia, un incremento en la vida media y su acumulación; afectando por consiguiente a pacientes desnutridos o sarcopénicos, que suelen representar el estado de los adultos mayores. No obstante, estos fármacos han demostrado ser efectivos contra el

insomnio en el corto plazo, a pesar de sus efectos secundarios, sin embargo, hay que tener en cuenta que no hay muchos estudios que evalúen la eficacia y la seguridad del tratamiento a largo plazo del insomnio con estos fármacos. De esta manera, estos deben retirarse paulatinamente para evadir el rebote. De la misma forma, Lam (39), concluyó en su estudio que el tratamiento no farmacológico son la terapia de primera línea para adultos con insomnio crónico. La terapia farmacológica con medicamentos a corto plazo puede considerarse como un tratamiento alternativo o adyuvante. El uso de hipnóticos está asociado con daño y requiere un seguimiento estrecho, particularmente en adultos mayores.

Conjuntamente se halló que aproximadamente solo el 13% de la población estudiada ha tenido un seguimiento en su tratamiento por al menos un año, y asimismo, aproximadamente el 31 % de la población estudiada que ha seguido su tratamiento por al menos un año, ha tenido sobretratamiento para la enfermedad. Esto nos representa que existe poco seguimiento en el tratamiento de estos pacientes, y que puede ocurrir por muchos factores, tanto internos como externos, lo que nos lleva a pensar que algunos pacientes abandonan el tratamiento médico indicado o se automedican sin supervisión; potencialmente se encuentra también, que una cantidad representativa de pacientes aumentaron medicamentos o dosis de estos, o los cambiaron bajo supervisión en la consulta médica repetitiva, esto demuestra que hay pacientes que han disminuido la sensibilidad a estos fármacos, y que los que abandonan el tratamiento pueden tener consecuencias mayores posteriormente. Como lo demuestra Cepero et al. (38), que además del empeoramiento de las condiciones crónicas, las consecuencias del insomnio incluyen la restricción de las actividades de la vida diaria, la pérdida de funciones, el deterioro de la calidad de vida, el aumento de la mortalidad y la morbilidad, principalmente psiquiátrica.

## CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES

- Se halló que la incidencia de prescripción de psicofármacos en adultos mayores es 2 pacientes por cada 100 adultos mayores atendidos en Essalud II – Cajamarca, representando una frecuencia significativa de uso de terapia farmacológica.
- Se encontró que el insomnio es más frecuente en el género femenino, en el grupo etario de 85 años a más y que este grupo responde mejor al tratamiento y seguimiento del mismo.
- Las comorbilidades más frecuentes en pacientes con insomnio fueron hipertensión y trastorno mixto de depresión y ansiedad, teniendo una relación significativa; siendo el insomnio un factor predictivo de esas comorbilidades.
- Un 90% de la población estudiada tuvo prescripción de fármacos para tratamiento de insomnio, y las benzodiacepinas son los medicamentos mas frecuentemente usados para tratarlo.
- El 13% de la población estudiada ha tenido un seguimiento en su tratamiento por al menos un año; asimismo, el 31 % ha tenido sobretratamiento para la enfermedad. Por ende, existe poco seguimiento en el tratamiento de estos pacientes, y se suele relacionar al abandono del tratamiento médico indicado o la automedicación sin supervisión.
- Se ha demostrado que la combinación de tratamiento no farmacológico con el farmacológico, además del manejo pertinente y apropiado de cada una de las comorbilidades del paciente y la disminución de la polifarmacia, reduce la severidad y/o aparición del insomnio en adultos mayores, también mejora el sueño y disminuye las recaídas.

## CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES

- La correlación entre los trastornos del sueño y el estado de salud de las personas mayores suele ser ignorada por el personal de salud, siendo considerados como proceso normal del envejecimiento; sin tener en cuenta la carga adicional de la enfermedad y la cronicidad de este trastorno; por ello se puede considerar tratamiento no farmacológico como primera línea, como la higiene del sueño; y la terapia cognitiva conductual.
- Se requieren programas promocionales y preventivos de salud pública para prevenir la cronicidad y reducir los efectos desfavorables a largo plazo asociados con el insomnio crónico y las complicaciones de salud mental.
- Se precisa más indagación para reconocer los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a la asociación entre el insomnio y la hipertensión.
- Las acciones del tratamiento farmacológico están poco estudiadas y se requiere más investigación, los beneficios en el uso a largo plazo no están claros y solo deben aplicarse a corto plazo para reducir el sufrimiento e integrarse en una concepción de tratamiento integral.
- Se demanda de mayor investigación en el ámbito nacional y regional de insomnio en adultos mayores, por la frecuencia de presentación en este grupo etario, por la falta de tratamiento adecuado y oportuno, por el escaso seguimiento de este en la población en mención.

## CAPÍTULO IX: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán, C; Cura, I. Guía de Práctica Clínica para el manejo de Insomnio en atención primaria. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009: 22-24
2. Bollu PC, Kaur H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. *Mo Med.* 2019; 116 (1):68-75.
3. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med.* 2017; 13 (2):307-349.
4. Dopheide JA. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care.* 2020; 26 (4 Suppl): S76-S84.
5. Muñoz E. Deprescripción De Benzodiazepinas En Personas Mayores Con Problemas De Insomnio y/o Ansiedad. [Tesis para optar el grado de Químico Farmacéutico]. Concepción: Facultad de Farmacia de la Universidad de Concepción; 2021: 8-20.
6. Torres, C. Calidad de vida relacionada al insomnio en personas Adultas Mayores de Huetamo, Michoacán. [Tesis para optar el grado de Maestro en Enfermería en Adulto Mayor Terminal]. Morelia: División de estudios de posgrado de la Facultad de Enfermería, Universidad Michoacana De San Nicolás de Hidalgo; 2021:10.25.
7. Suquillo N. Polifarmacia y trastornos del sueño en adultos mayores. Una revisión a la literatura. [Tesis para optar el grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria] Quito: Instituto Superior de Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador; 2020:6-10.

8. Gómez, C; León, C; Troya, A. Consumo de psicofármacos: una problemática de salud actual. *Medicent Electrón.* 2020 oct.-dic.;24 (4):826-832
9. Havrylyak, I. Calidad del sueño en las personas mayores en un centro sociosanitario, factores relacionados con insomnio. [Tesis para optar el grado Máster de Iniciación a la Investigación]. Zaragoza: Facultad De Ciencias De La Salud, Universidad Zaragoza; 2020:4-20.
10. Nañez, Y. Uso de psicofármacos en adultos mayores que habitan en el Centro Poblado Comatrana - Ica, en el año 2021. [Tesis para optar el grado Licenciando en Farmacia y Bioquímica]. Ica: Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2021:5-30.
11. Becerra, C. Insomnio Y Ansiedad Como Efectos Del Aislamiento Social En Personas Mayores De 60 Años Durante La Pandemia Covid 19. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Trujillo: Facultad De Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego; 2022: 5-32.
12. Zevallos J. Factores que intervienen en la calidad de sueño de los adultos mayores: Revisión documental [Trabajo de investigación documental de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2020:5-30.
13. George E. Taffet, MD. Envejecimiento normal. *UpToDate* [revista en Internet] 2021. [acceso octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/normal-aging?search=envejecimiento&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/normal-aging?search=envejecimiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).
14. Douglas Kirsch, MD. Etapas y arquitectura del sueño normal. *UpToDate* [revista en Internet] 2021. [acceso octubre de 2022]. Disponible en:

- [https://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep?search=sue%C3%B1o&source=search\\_result&selectedTitle=2~86&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/stages-and-architecture-of-normal-sleep?search=sue%C3%B1o&source=search_result&selectedTitle=2~86&usage_type=default&display_rank=2)
15. López J, Álamo C, Gil P, González P, Merino M, García P. Buenas Prácticas Clínica en Geriatría sobre Insomnio. 3era ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2015:30-45.
  16. Bonnet M, Arand D. Evaluación y diagnóstico del insomnio en adultos. UpToDate [revista en Internet] 2022. [acceso octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults?search=INSOMNIO&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults?search=INSOMNIO&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)
  17. Cabrera, B. Prevalencia de Trastornos del sueño y Factores Asociados en los adultos mayores del programa de coordinacion de jubilados del Seguro Social. Mexico DF: Limusa. 2014:20-30.
  18. Doerr JP, Hirscher V, Riemann D, Voderholzer U. Disturbances of slow-wave sleep and psychiatric disorders. *Nervenarzt*. 2010; 81 (3):347-54.
  19. McMillan JM, Aitken E, Holroyd-Leduc JM. Management of insomnia and long-term use of sedative-hypnotic drugs in older patients. *CMAJ*, 2013;185(17): 1499-1505
  20. Yeung W, Chung K, Yung K, Ng TH. Doxepin for insomnia: A systematic review of randomized placebo-controlled trials. *Sleep Med Rev*. 2015 Feb; 19 C: 75-83.
  21. Krystal AD, Benca RM, Kilduff TS. Understanding the sleep-wake cycle: sleep, insomnia, and the orexin system. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74 Suppl 1:3-20.

22. López-Muñoz F, Álamo C. Active Metabolites as Antidepressant Drugs: The Role of Norquetiapine in the Mechanism of Action of Quetiapine in the Treatment of Mood Disorders. *Front Psychiatry*. 2013; 4 (102): 1-8.
23. Hermes ED, Sernyak M, Rosenheck R. Use of second-generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. *Sleep*. 2013; 36 (4):597-600.
24. Medina-Chávez JH, Fuentes-Alexandro SA, Gil-Palafox IB, et al. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014;52(1):108-119.
25. S., Andrea Contreras. s.l: Neuróloga Centro de Sueño. Departamento de Neurología y Neurocirugía Clínica Las Condes, 2013. 24(3) 433-441.
26. Abad AF, Melendos J, Perez TJ. Alteraciones globales de sueño en una población juvenil: Malos dormidores y trasgresores del sueño. 1994. *Psiquis*. 15:438-444.
27. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*. 2006;29(1):85-93.
28. Dahale AB, Jaisoorya TS, Manoj L, et al. Insomnia Among Elderly Primary Care Patients in India. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020;22(3):19m02581.
29. Charles J, Harrison C, Britt H. Insomnia. *Aust Fam Physician*. 2009;38(5):283.
30. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018; 14 (6):1017-1024.
31. Tello-Rodríguez T, Alarcón DR, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2016;33(2):42-5
32. Abad VC, Guilleminault C. Insomnia in Elderly Patients: Recommendations for Pharmacological Management. *Drugs Aging*. 2018;35(9):791-817.

33. Morin CM, Bjorvatn B, Chung F, et al. Insomnia, anxiety, and depression during the COVID-19 pandemic: an international collaborative study. *Sleep Med.* 2021;87:38-45.
34. Wang YM, Song M, Wang R, et al. Insomnia and Multimorbidity in the Community Elderly in China. *J Clin Sleep Med.* 2017;13(4):591-597.
35. Jarrin DC, Alvaro PK, Bouchard MA, Jarrin SD, Drake CL, Morin CM. Insomnia and hypertension: A systematic review. *Sleep Med Rev.* 2018;41:3-38.
36. Dong Y, Yang FM. Insomnia symptoms predict both future hypertension and depression. *Prev Med.* 2019;123:41-47.
37. Mijnter T, Boersma GJ, Meijer E, Lancel M. Effectivity of (Personalized) Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Mental Health Populations and the Elderly: An Overview. *J Pers Med.* 2022;12(7):1070.
38. Cepero I, González M., et al. Trastornos del sueño en adulto mayor. Actualización diagnóstica y terapéutica. *Medisur [Internet].* 2020 Feb; 18(1): 112-125.
39. Lam S, Macina LO. Therapy Update for Insomnia in the Elderly. *Consult Pharm.* 2017;32(10):610-622.

## CAPÍTULO X: ANEXOS

### ANEXO 1: FORMATO DE FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL N°.....**

CÓDIGO DE LA HISTORIA CLINICA									
FECHA									
<b>ASPECTOS GENERALES</b>									
EDAD									
SEXO	Masculino					Femenino			
ESTADO CIVIL	Soltero	Casado	Divorciado			Viudo	Conviviente		
CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA	A	B	C			D	E		
LUGAR DE RESIDENCIA	Urbano				Rural			Otro: Indicar:	
LUGAR DE PROCEDENCIA									
NIVEL SOCIO EDUCATIVO	Sin Estudios	Inicial	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Secundaria Incompleta	Secundaria	Técnico	Pedagógico	Universitario
DEPENDENCIA ECONOMICA	Independiente(autónomo)	Hijo	Hija	Hermanos	Tíos	Amigos	Otros: Especificar:		
<b>ASPECTOS DE COMORBILIDADES</b>									
Antecedentes o enfermedades relacionados al Insomnio	SI				NO			NUNCA	
Tipo de Antecedente identificado	HTA	DM	Artrosis	Enf. Parkinson	Enf. Alzheimer	Otras: Especificar:			

**ASPECTOS SOBRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA**

RECETA MÉDICA PARA EL TRATAMIENTO	SI	NO	A VECES
MÉDICAMENTO RECETADO	SI	NO	
TIPO DE MÉDICAMENTO RECETADO POR MÉDICO	GENÉRICO. especificar	Dosis recetada:	
NOMBRE DE MEDICAMENTO PRESCRITO POR PROFESIONAL MÉDICO			
TIPO DE MEDICAMENTO AL INICIAR TRATAMIENTO			
NÚMERO DE CONSULTAS DEL PACIENTE			
USO DE MEDICAMENTO	Sólo para el Insomnio		O para Patología asociada: Especificar.
NOMBRE DE MEDICAMENTO MÁS PRESCRITO POR EL MÉDICO DE TURNO			
TIPO DE PROFESIONAL QUE ATIENDE AL ADULTO MAYOR CON PROBLEMAS DE INSOMNIO			
SOBRETRATAMIENTO PARA TRATAMIENTO DE INSOMNIO			
TIPO DE MEDICAMENTO PARA EL sobretratamiento para tratamiento de insomnio			