



**Universidad  
Zaragoza**

## Trabajo Fin de Máster

**Título del trabajo:** Relación entre la calidad de vida y la calidad del sueño en personas mayores de 65 años: una revisión sistemática

**Work title:** Relationship between quality of life and quality of sleep in people over 65 years: a systematic review

Autora

Irene Juan Joven

Director

Fernando Urcola Pardo

Facultad de Ciencias de la Salud

2020



# ÍNDICE

---

1	RESUMEN.....	4
2	ABSTRACT .....	5
3	INTRODUCCIÓN.....	6
3.1	CALIDAD DE VIDA (CV).....	6
3.1.1	CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA (CV).....	6
3.1.2	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS).....	6
3.1.3	CALIDAD DE VIDA EN LA PERSONA MAYOR .....	7
3.1.4	INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA .....	8
3.2	CALIDAD DEL SUEÑO .....	9
3.2.1	CONCEPTO DE SUEÑO Y FASES.....	9
3.2.2	EL SUEÑO EN LA PERSONA MAYOR.....	10
3.2.3	INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL SUEÑO .....	11
3.3	ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CALIDAD DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA. 12	
4	HIPÓTESIS .....	14
5	OBJETIVOS .....	14
5.1	OBJETIVO GENERAL.....	14
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
6	METODOLOGÍA.....	15
6.1	PREGUNTA PICO.....	15
6.2	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	15
6.3	EXTRACCIÓN DE LOS DATOS.....	15
7	RESULTADOS .....	17
8	DISCUSIÓN.....	18
8.1	CALIDAD DE VIDA Y OTROS FACTORES INFLUYENTES .....	18
8.2	CALIDAD DEL SUEÑO Y OTROS FACTORES INFLUYENTES .....	19
8.3	RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CALIDAD DEL SUEÑO EN EL ANCIANO .....	20
9	LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	23
10	CONCLUSIONES .....	24
11	BIBLIOGRAFÍA .....	25
	ANEXO 1: TABLA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	32

# 1 RESUMEN

---

**Introducción:** En las últimas décadas se ha producido un aumento considerable de la población mayor de 65 años en todo el mundo. La calidad de vida y la calidad del sueño son conceptos subjetivos muy importantes a la hora de valorar la salud de una persona. Para poder tener un envejecimiento activo se deben tener en cuenta múltiples factores que estudiaremos en este trabajo.

**Hipótesis:** La calidad del sueño influye de manera directamente proporcional a la calidad de vida de la persona mayor.

**Objetivo principal:** Conocer de qué manera influye la calidad del sueño en la calidad de vida de la persona mayor.

**Metodología y resultados:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Dialnet y Scopus y se analizaron un total de 23 artículos.

**Discusión:** Con respecto a la calidad de vida, se ha observado que está relacionada con múltiples factores como son la depresión, dependencia funcional, las caídas, la situación nutricional, el bienestar social o el ejercicio. En cuanto a la calidad del sueño, también estaba relacionada con factores como son el dolor, la obesidad, la hipertensión (HTA) y la función cognitiva. La calidad de vida y la calidad del sueño están relacionadas íntimamente.

**Conclusiones:** se confirma la hipótesis del trabajo ya que la calidad del sueño tiene un impacto directo sobre la calidad de vida de las personas mayores. Además, existen otros factores determinantes como son la depresión, el estado nutricional, el dolor, las comorbilidades o la polifarmacia.

**Palabras clave:** calidad de vida, salud en el anciano, calidad del sueño, mayores de 65 años y anciano.

## 2 ABSTRACT

---

**Introduction:** In recent years there has been an important increase in the population over 65 years of age around the world. Quality of life and quality of sleep are very important subjective concepts when assessing a person's health. In order to have active aging, multiple factors must be taken into account, which we Will study in this work.

**Hypothseis:** The quality of sleep has a direct proportional influence on the quality of the elderly person.

**Main objective:** to know how the quality of sleep influences the quality of life of the elderly person.

**Methodology and results:** A bibliographic search was carried out in PubMed, Dialnet and Scopus databases and a total of 23 articles were analyzed.

**Discussion:** Regarding quality of life, it has been observed that is related to multiple factors such as depression, functional dependence, falls, nutritional situation, social well-being or exercise. Regarding the quality of sleep, it was also related to factors such as pain, obesity, hypertension and cognitive function. Quality of life and quality of sleep are closely related.

**Conclusions:** the work hypothesis is confirmed since the quality of sleep has a direct impact on the quality of life of the elderly. In addition, there are other determining factors such as depression, nutritional status, pain, comorbidities or polypharmacy.

**Key words:** quality of life, health elderly, sleep quality, adults over 65 and elderly.

## 3 INTRODUCCIÓN

---

### 3.1 CALIDAD DE VIDA (CV)

#### 3.1.1 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA (CV)

En los últimos años, se ha experimentado un considerable aumento de población mayor de 65 años en todo el mundo. Según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>, en 2015, un 12% de la población mundial tenía más de 60 años y, se estima que en 2025, un 22% (2000 millones de personas) de la población sea mayor de 65 años, lo que aumenta en un 10% en tan solo 10 años. Debido a este aumento vertiginoso de personas mayores se están produciendo grandes cambios en la manera de pensar y de vivir la vejez.

El concepto de calidad de vida se ha estudiado en varias áreas del conocimiento a lo largo del tiempo y existen varias definiciones del concepto, siendo la definición más común<sup>2</sup> como la percepción individual de la situación personal en la propia vida de cada uno en las dimensiones física, social, mental y espiritual.

Según la OMS<sup>3</sup>, podemos definir Calidad de Vida (CV) como *“la ausencia de la enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”* o también, de manera más sencilla, *“sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”*. Esta definición es la más utilizada actualmente.

A partir de estas definiciones, podemos observar que la calidad de vida es un concepto subjetivo, etéreo, relativo y multidimensional ya que existen muchos factores (físicos, psíquicos, espirituales, culturales, etc.) que influyen en ésta<sup>2</sup>.

Los primeros estudios sobre la calidad de vida surgieron en la década de 1930, pero no fue hasta los años 60 cuándo creció el interés y se empezó a valorar la opinión del paciente y de su estado de salud y se crearon instrumentos de medida validados (cuestionarios) con los que poder cuantificar la calidad de vida percibida por las personas<sup>4</sup>.

#### 3.1.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)

El aspecto de la CV que abarca específicamente a la salud de la persona y se utiliza para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas se llama CVRS<sup>5</sup>.

La utilización de este término se inició en EEUU en los años 90 donde Patrick y Erickson la definieron como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidad a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud <sup>6</sup>.

La CVRS es importante en cuanto a la medida del estado de salud en las personas con enfermedades crónicas, ya que ha demostrado ser útil en la evaluación de la calidad asistencial y puede ser de gran ayuda en la toma de decisiones clínicas. Una mala valoración de la CVRS es predictora de mortalidad y de un mayor consumo de servicios sanitarios. Además, se ha observado que las mujeres suelen referir una peor CVRS <sup>7</sup>.

### **3.1.3 CALIDAD DE VIDA EN LA PERSONA MAYOR**

Hoy en día, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente con respecto a hace 100 años y, con ello, también han aumentado las enfermedades crónicas. El envejecimiento poblacional ha supuesto un nuevo reto para los sistemas de salud, no centrándose solamente en aumentar la longevidad de la población y reducir la enfermedad sino también en mejorar la calidad de vida, la autonomía y la independencia.

En la sociedad actual promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales debido al creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad, los cambios en la estructura familiar o los cambios en el estatus de la mujer por lo que, todo esto, ha convertido el envejecimiento en una cuestión de máximo interés <sup>8</sup>.

Por otro lado, no todos los ancianos viven la vejez de la misma manera y la consideración subjetiva de la calidad de vida se ve influida por numerosos factores como pueden ser las relaciones familiares, las condiciones financieras, el lugar de residencia, etc. <sup>9</sup>. Además, el envejecimiento se considera un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma en la que la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital, por lo que contará en gran medida, no sólo la etapa de la vejez de la persona, sino también la infancia, la juventud y la edad adulta de la persona mayor <sup>8</sup>.

Según la OMS, la actividad física en la vejez aporta muchos beneficios en cuanto a cómo percibe la persona mayor su calidad de vida y destaca el papel importante de la actividad saludable para alcanzar un envejecimiento saludable y con calidad de vida <sup>10</sup>.

Además, ha demostrado tener un impacto positivo en el dolor que perciben las personas por lo que mejora su percepción de calidad de vida debido a que el dolor tiene un impacto negativo en esta ya que se asocia a fatiga y a limitaciones en las actividades de la vida diaria (ADVD) <sup>11, 12</sup>.

Fernández Ballesteros y Zamarrón <sup>13</sup> crearon un modelo de calidad de vida en la vejez el cual definieron como una aproximación multidimensional en el que se incorporaron elementos personales, tanto objetivos (habilidades funcionales) como subjetivos (la salud percibida o la satisfacción con la vida) y elementos externos a la persona como son el acceso a servicios, el medio ambiente o el apoyo social. Los dominios <sup>14</sup> que influyen directamente sobre la calidad de vida durante la vejez se resumen en la *Tabla 1*.

*Tabla 1. Dominios influyentes sobre la calidad de vida en la vejez.*

1. Salud (objetiva, subjetiva y psíquica)	6. Satisfacción con la vida
2. Integración social	7. Educación
3. Habilidades funcionales	8. Capacidad económica
4. Actividad y ocio	9. Servicios sociales y sanitarios
5. Calidad ambiental (vivienda)	

Así, podemos observar que no sólo influye en la calidad de vida de la persona mayor los aspectos inherentes a la persona sino que también influyen aspectos externos sobre los que no posee ningún tipo de control. Con todo esto se observa lo necesarias que son las medidas sociales y políticas con respecto a la persona mayor y a sus derechos fundamentales en los que preserve su dignidad, su autonomía y su independencia en la medida de lo posible.

### 3.1.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE CALIDAD DE VIDA

Entre los cuestionarios para medir la calidad de vida más utilizados podemos destacar:

- **Escala validada de calidad de vida Whoqol-100:** diseñada por la OMS en 1995, constaba de 100 preguntas <sup>15</sup> y fue sustituida por la escala descrita a continuación:
  - o **Escala validada de calidad de vida Whoqol-Bref:** diseñada por la OMS en 1996 y, con diferencia, la más usada para medirla <sup>16</sup>.
- **Escala validada EuroQol-5D (EQ-5D):** creado en 1990 como una medida de salud autopercebida <sup>17</sup>.

- **Cuestionario de salud SF-36:** desarrollado a principios de los años 90 durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir los conceptos genéricos de salud. Es uno de los cuestionarios más utilizados en todo el mundo para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por 36 ítems.
  - o **Cuestionario de salud SF-12:** versión reducida del nombrado anteriormente. Compuesto por 12 ítems <sup>18</sup>.

Además de verse influida por diversos factores nombrados anteriormente, también se puede ver condicionada por la calidad del sueño ya que según el estudio de Rodríguez Mármol et al <sup>19</sup>, una falta de sueño conlleva a una falta de energía, la cual se manifiesta físicamente a lo largo del día y hace que las personas mayores se sientan peor.

Ambas calidades difieren sobre todo en la manera de medirlas. Mientras que la calidad de vida, como ya hemos dicho, mide de forma subjetiva la opinión del paciente, la calidad del sueño puede medirse de manera objetiva, con diversos instrumentos de medida de los cuales hablaremos en el siguiente apartado, y de manera subjetiva. A pesar de esta diferencia, buscaremos comparar e identificar si ambas algún tipo de relación.

## 3.2 CALIDAD DEL SUEÑO

### 3.2.1 CONCEPTO DE SUEÑO Y FASES

El sueño podría definirse como un estado reversible de disminución del estado de vigilia, el cual es imprescindible para la supervivencia ya que permite restablecer funciones físicas y psicológicas esenciales para un pleno rendimiento <sup>19</sup>.

Existen dos grandes reguladores del sueño: el control homeostático y el ritmo circadiano. Ambos se entrelazan para dar lugar a una perfecta sintonía en el ritmo sueño-vigilia <sup>20</sup>. En los últimos años, se ha observado que la ruptura del ritmo circadiano, ya sea con viajes, trabajos por turnos o contaminación lumínica, influye a la hora de desarrollar ciertas enfermedades o empeorar las ya existentes <sup>21</sup>.

El sueño consta de diferentes fases <sup>22</sup> y es necesario conocerlas para comprender dónde falla en la persona mayor. Se pueden distinguir tipos de sueño: REM y NOREM.

- **SUEÑO NOREM:**
  - o **Fase 1:** somnolencia, periodo del sueño más ligero. Dura escasos minutos y comienzan a caer progresivamente las constantes vitales (CV).

- Aún se perciben la mayoría de los estímulos auditivos y táctiles. Se considera una fase intermedia entre la vigilia y el sueño.
- **Fase 2:** el sueño se vuelve un poco más profundo. Conlleva una relajación progresiva y el tono muscular es menor que en la Fase 1.
  - **Fase 3:** comienza un sueño más profundo. Se bloquean los mensajes sensoriales y hay una pérdida de conciencia. Las CV están disminuidas y los músculos completamente relajados.
  - **Fase 4:** fase de mayor profundidad del sueño. La actividad cerebral es más lenta. Las CV están significativamente más bajas que en la vigilia y es muy difícil despertar al paciente.
- **SUEÑO REM o SUEÑO PARADÓJICO:** se dan movimientos oculares rápidos y se observa una relajación muscular total. La actividad cerebral es rápida y se observa un patrón del electroencefalograma (EEG) similar al de vigilia. En esta fase se producen los sueños.

### 3.2.2 EL SUEÑO EN LA PERSONA MAYOR

En la persona mayor, el sueño NOREM experimenta un aumento del tiempo invertido en las fases más ligeras (fases 1 y 2) y una disminución de la duración en las fases más profundas (fases 3 y 4). En consecuencia, la persona mayor tarda más en dormirse, se despierta con mayor facilidad, experimenta despertares frecuentes en mitad de la noche y, debido al cansancio, durante el día tienden a dormirse con facilidad <sup>23</sup>.

En la vejez, además de envejecer todo el sistema del organismo, también lo hace el ritmo circadiano. En los ancianos, el sueño se vuelve más frágil por lo que se despiertan varias veces en mitad de la noche (*Figura 1*) o sienten la necesidad de dormir la siesta, por ejemplo. Además, disminuye la amplitud de los ritmos circadianos. Todo esto hace que, aunque se sea un anciano sano, la sensación de cansancio aumente y se produzca una disminución de la percepción de la calidad del sueño y de la calidad de vida <sup>24</sup>.

Según Eumann et al, un tercio de los adultos mayores presentan una duración extrema del sueño (menor a 5 horas o mayor de 10 horas) <sup>25</sup>.

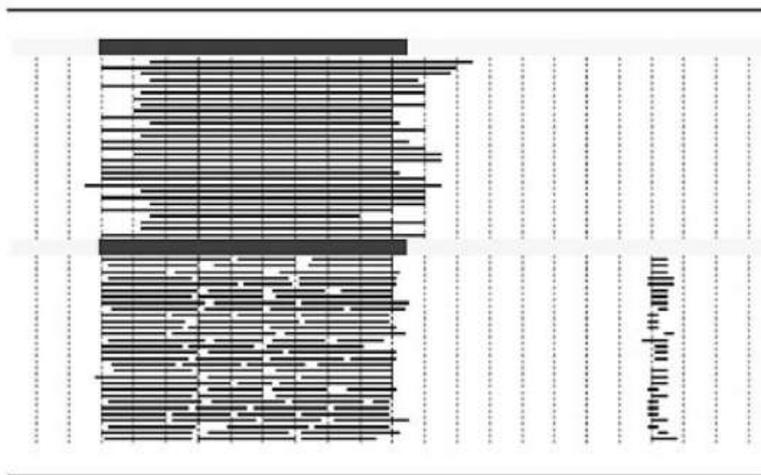


FIGURA 1. Ritmo circadiano de sueño-vigilia de un adulto sano (actograma superior) y de un anciano sano (actograma inferior). Disponible en: bibliografía 11.

La falta de sueño es una variable de gran importancia en los adultos mayores ya que genera un gran impacto en diferentes dominios como la atención, la memoria o la concentración descendiendo la habilidad para realizar las AVD y con ello disminuir la calidad del vida de nuestros mayores <sup>26</sup>.

### 3.2.3 INSTRUMENTOS DE MEDIDA DEL SUEÑO

El sueño puede medirse de manera objetiva y subjetiva. Los métodos subjetivos de medida del sueño buscan determinar la visión que el paciente tiene de sus síntomas ya que deberá graduarlos según la severidad de los mismos <sup>27</sup>. Estos métodos pueden presentarse de diversas maneras <sup>28</sup>:

- **Entrevista clínica:** se busca conocer la percepción de la persona sobre su problema de sueño y su sintomatología.
- **Registros del sueño:** método de auto-registro que permite una recogida de información sobre la variabilidad de los diferentes parámetros del sueño. Se realizará un diario de sueño antes, durante y después del tratamiento. Su principal inconveniente es el compromiso de cumplimentación de algunos pacientes.
- **Escalas y cuestionarios:** método más utilizado por su fácil aplicación y su bajo coste. Algunos de los cuestionarios más importantes son <sup>27, 29</sup>:
  - o **Escala de Epworth:** valora la somnolencia tanto en situaciones como en tiempo. Se busca que el paciente exprese de la manera más “objetiva” posible su propensión a adormilarse en ocho situaciones de la vida diaria, evaluándolo en una escala de 0-3. Se considera normal una puntuación entre 0-10.

- **Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño:** mide los tiempos de sueño y la percepción del mismo en el último mes mediante 15 ítems.
- **Índice de calidad de sueño de Pittsburg:** evalúa los trastornos del sueño mediante 19 ítems personas y 5 ítems contestados por el cuidador o la pareja del paciente en un intervalo de 1 a 12 meses.
- **Escala de Insomnio de Atenas:** cuantifica la dificultad en el sueño (inicio, despertares, duración, calidad) según los criterios de la CIE-10 (8 ítems) en el último mes.

Como métodos objetivos podemos encontrar <sup>28</sup>:

- **Electroencefalograma (EEG):** registra la actividad cerebral con el objetivo de observar el correcto funcionamiento de las ondas eléctricas, si presenta movimientos anormales y si estos son debidos a alguna alteración anómala en su cerebro. Dura entre 40- 120min.
- **Polisomnografía nocturna:** una de las pruebas más eficaces. Se registra la actividad cerebral, el ritmo cardiaco, la actividad muscular, los niveles de oxígeno mientras dormimos o incluso la respiración. Se realiza durante la noche en una unidad del Sueño. Se colocan sensores en el cuero cabelludo, la cara y el cuerpo y dura entre 8-9 horas.
- **Test de latencia múltiple o MSLT o polisomnografía diurna:** busca analizar la somnolencia diurna excesiva y requiere de una polisomnografía nocturna el día anterior. Se realiza durante el día y se acuesta a la persona en una habitación sin luz ni ruido. Se le pide que efectúe entre 4 o 5 siestas para medir la duración de las mismas. Si el individuo no se duerme, el estudio se interrumpe.

Conociendo ambos métodos de medida deberemos saber que numerosos estudios centrados en adultos mayores sanos han encontrado que los estudios objetivos del sueño mostraron una peor calidad del sueño que las medidas subjetivas <sup>30</sup>.

### **3.3 ENVEJECIMIENTO ACTIVO, CALIDAD DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA.**

El concepto de envejecimiento activo viene precedido por muchos años de investigación sobre cómo llegar a la vejez de manera exitosa. Muchos autores <sup>31-34</sup>, han llegado a la conclusión de que para tener un envejecimiento activo los individuos deben tener buena salud física y mental, autonomía personal, aceptación de uno mismo y bienestar y satisfacción con la vida.

Sin embargo, no debemos confundir el término envejecimiento activo con otros conceptos como son el bienestar y la calidad de vida. Debemos entender el envejecimiento activo como “*el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen*” (OMS 2002), es decir, reconocer la igualdad de oportunidades y trato en todos los aspectos de la vida de la persona mayor. Por otra parte, entendemos calidad de vida, como bien hemos explicado anteriormente, una valoración subjetiva que la persona hace sobre diferentes aspectos de su vida, en relación con su estado de salud y cómo lo percibe.

Por lo tanto, no podremos llegar a un envejecimiento activo exitoso sin percibir una buena calidad de vida. Y, a su vez, una buena calidad de vida viene precedida de muchos factores físicos, psíquicos y sociales, entre los cuales podría verse incluida la calidad del sueño. Por lo que vamos a realizar una búsqueda bibliográfica, para conocer si existe relación entre estas variables.

## **4 HIPÓTESIS**

---

La hipótesis de este trabajo sería:

*La calidad del sueño influye de manera directamente proporcional a la calidad de vida de la persona mayor.*

## **5 OBJETIVOS**

---

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

- Conocer de que manera influye la calidad del sueño en la calidad de vida de la persona mayor.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocer que factores influyen en la calidad de vida de la persona mayor.
- Conocer qué factores influyen en la calidad del sueño de la persona mayor.

## 6 METODOLOGÍA

---

### 6.1 PREGUNTA PICO

Toda buena revisión sistemática debe de comenzar formulando la pregunta PICO que se quiere responder. Nuestra pregunta PICO es la siguiente:

- P: personas mayores de 65 años con mala calidad del sueño.
- I: factores que afectan a la calidad de vida.
- C: personas mayores de 65 años con buena calidad del sueño.
- O: mejora de la calidad de vida.

### 6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Idioma: español o inglés	Otros idiomas que no sean español o inglés
Artículos originales	Datos no originales
Población mayor de 65 años	Población menor de 65 años
Estudios realizados en Europa	Estudios realizados fuera de Europa
Artículos científicos o tesis doctorales con una antigüedad, como máximo, de 10 años (hasta 2010)	Artículos de hace más de 10 años

### 6.3 EXTRACCIÓN DE LOS DATOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva sobre la calidad de vida y calidad del sueño en el anciano (institucionalizado o no) y los posibles factores que pueden influir en ellas durante el mes de marzo y abril de 2020.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos de PUBMED, Dialnet y Scopus y las palabras clave utilizadas fueron: quality of life, health elderly, sleep quality, adults over 65 and anciano.

En la siguiente tabla (*Tabla 2*) podemos ver las búsquedas que se llevaron a cabo y el número de artículo que se escogieron para realizar esta revisión sistemática.

Tabla 2. Histórico de búsquedas bibliográficas.

Base de datos	Términos y operadores booleanos	Artículos encontrados (criterios de inclusión)	Artículos desechados (criterios de exclusión)	Artículos seleccionados
DIALNET	Calidad del sueño and calidad de vida and anciano	33	27	6
	Calidad de vida and anciano and institucionalizado	133	126	7
	Calidad del sueño and anciano	42	41	1
PUBMED	Quality of life and health of elderly and sleep quality	356	350	6
SCOPUS	Quality of life and sleep and health elderly	157	155	2
	Quality of life and adults over 65	48	47	1

## 7 RESULTADOS

---

En esta revisión se encontraron un total de 769 artículos, de los cuales, según los criterios de exclusión comentados anteriormente, desechamos 746 artículos. Por lo que se procedieron a analizar un total de 23 artículos. Un 56'5% de los artículos analizados fueron escritos en español, mientras que un 43'5% estaba escrito en inglés. Con respecto a la base de datos donde encontramos los artículos, un 58'3% de los artículos fueron encontrados en Dialnet, un 29'2% en PubMed y un 12'5% en Scopus.

En cuanto al tipo de estudio, una gran parte de los artículos eran estudios descriptivos de cohorte transversal <sup>35, 36, 39, 41, 42, 46, 48, 57</sup>. También, hemos contado con estudios observacionales <sup>37, 38</sup>, explicativos <sup>43</sup> y experimentales <sup>45, 47, 55, 56</sup>.

Con respecto al rango de las muestras, se puede decir que ha sido muy variable. Se han analizado artículos de 22189 participantes <sup>35</sup> hasta 25 participantes <sup>44</sup>.

## 8 DISCUSIÓN

---

### 8.1 CALIDAD DE VIDA Y OTROS FACTORES INFLUYENTES

Según Portellano Ortiz y col <sup>35</sup> la percepción de la calidad de vida se ve influida por múltiples factores individuales y sociodemográficos, pero es importante no olvidarse del modelo de bienestar vigente en el país. En este artículo se comparó la CV de las personas mayores españolas y centro-europeas y se observó que, aunque se muestra una peor CV en la población española, la tasa de suicidio es menor en la población mayor de 65 años. Además, se detectó un impacto negativo entre la CV y la depresión.

La CV también puede verse influida por otros múltiples factores como pueden ser: la dependencia funcional <sup>36, 37, 38</sup>, las caídas <sup>39, 40</sup>, la situación nutricional <sup>41, 42</sup>, el bienestar social <sup>43, 44</sup> o el ejercicio <sup>45</sup>.

La dependencia funcional, entendida como *“la manifestación de la discapacidad, que se manifiesta primero como deficiencia y posteriormente como limitación de las actividades habituales y restricción de la participación de las mismas”* <sup>23</sup>, es un factor influyente en la calidad de vida de la persona.

Según el estudio realizado por Rodríguez Díaz y col <sup>36</sup> existe una relación negativa entre la dependencia funcional y la calidad de vida. En su estudio concluyó que los ancianos dependientes eran los que más problemas presentaban y los que necesitaban mayores cuidados de personal cualificado. Observó que, a mayor edad, mayor nivel de dependencia y, a su vez, mayor sintomatología depresiva, deterioro de la movilidad y una percepción más deficiente de la calidad de vida.

Estos datos los corroboran estudios como el de Fernández Domínguez y col <sup>37</sup>, en el cual también se observó que la dependencia en las AVD suponían un descenso importante en la calidad de vida y, además, observó que, cuanto mayor era el contacto social, mejor bienestar emocional presentaban los participantes del estudio. Sin embargo, Fernández Rodríguez y col <sup>38</sup>, fue un paso más en su estudio. Buscó conocer si, tras una intervención rehabilitadora que mejorase su capacidad funcional podrían mejorar la CVRS percibida. La CVRS de los participantes mejoró notablemente tras la intervención.

Las caídas, son otro factor importante que se ha comprobado que influye en cómo se percibe la calidad de vida. Según los estudios de Saiz Llamosas y col <sup>39</sup> y Dinamarca Montesinos <sup>40</sup> existe una estrecha relación entre la CV y las caídas. Saiz Llamosas y col <sup>39</sup> comprobó que las personas mayores con antecedentes de caídas en los últimos 12

meses tienen una peor percepción de la CV que las que no se caen. Dinamarca Montesinos realizó una relación entre la CV y las fracturas de cadera, con lo que observó que la CV de las personas que sufren una rotura de cadera disminuye tras la fractura.

Otro factor que se ha observado que influye en la percepción de la CV es el estado nutricional de la persona mayor. Jiménez Redondo y col <sup>41</sup> realizó un estudio en una muestra compuesta por 90 personas mayores de 80 años en Madrid y observó que la CVRS percibida era menor al empeorar el estado nutricional. También Hernández Galiot y col <sup>42</sup> observó que los participantes desnutridos o con alto riesgo de desnutrición tuvieron una peor CV y una mayor pérdida de autonomía funcional. También relacionó positivamente la dieta mediterránea con la función cognitiva de los participantes.

En un estudio realizado por Martín Aranda y col <sup>43</sup> se observó que para lograr una buena CV es importante lograr una actividad psíquica sana y activa. Observó que las mujeres, tenían más relaciones sociales que los hombres y presentaban mejor CV atendiendo a este aspecto. Bermúdez Sánchez y col <sup>44</sup> observó que la inteligencia emocional y el bienestar social eran factores importantes en la CV teniendo un impacto positivo en quienes sabían expresar sus emociones y tenían mayores relaciones sociales. Estos estudios hicieron pensar que es importante realizar programas para trabajar la inteligencia emocional para mejorar así la CV de las personas mayores.

La práctica regular de ejercicio físico influye positivamente en la CV según Espejo Antúnez y col <sup>45</sup>. Ya que realizó un estudio sobre dos grupos, uno con el que realizó ejercicios y otro con el que no. En el grupo donde se realizaron ejercicios se observó una mejora estadísticamente significativa en la CV que en el que no los realizó.

## **8.2 CALIDAD DEL SUEÑO Y OTROS FACTORES INFLUYENTES**

La calidad del sueño en la persona mayor es un factor que también está influido por múltiples elementos.

Según Lacambra Capdevilla y col <sup>46</sup>, el dolor es un factor muy influyente en la calidad del sueño. Lacambra y col realizaron un estudio descriptivo transversal a 58 personas de más de 65 años en una residencia de Huesca y buscaron conocer la calidad del sueño de los participantes y los factores que podrían influir en él. Comprobaron que un 80'3% de los residentes refirieron una mala calidad del sueño. Y, además, observaron que los residentes que no tenían dolor, tenían una mejor calidad del sueño que los que tenían dolor. Sin embargo, también vieron que aquellos residentes que llevaban más de un año en la residencia, referían una mala calidad del sueño.

También Fabuel y col <sup>47</sup> realizaron varios estudios sobre una muestra de 4008 personas mayores de 60 años y no institucionalizados e intentaron relacionar la calidad del sueño con múltiples factores como la obesidad, la hipertensión (HTA) y la función cognitiva. Con respecto a la obesidad, observaron que los participantes con una duración extrema del sueño la mayoría tenían obesidad, además se observó que aquellos que no la tenían, realizaban más ejercicio físico y tenían mejor salud autopercebida.

Con respecto a la HTA no encontraron ninguna relación significativa con la calidad del sueño, al igual que con la función cognitiva, que tampoco pudieron establecer una relación temporal entre ambos factores.

Carmona Fortuño y col <sup>48</sup> realizaron un estudio sobre personas mayores institucionalizadas con el fin de saber qué calidad del sueño tenían los participantes y factores a los que podía estar asociada. Observaron que el 60'8% presentaron una mala calidad del sueño. Dentro de estas personas, vieron que un 69% de los participantes con mala calidad del sueño tomaban medicación para dormir, sobre todo las mujeres. Por lo que afirmaron que las personas que no tomaban medicación dormían mejor que las que la tomaban.

### **8.3 RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y LA CALIDAD DEL SUEÑO EN EL ANCIANO**

La relación entre la calidad de vida y la calidad del sueño se ha evidenciado en numerosos estudios <sup>46, 49-57</sup>. Según todos los artículos recogidos en este estudio existe una relación directamente proporcional entre la calidad de vida y la calidad del sueño del anciano. Cuando la persona mayor tiene una mala calidad del sueño, su CV percibida disminuye.

Según Durán Agüero y col <sup>49</sup>, realizaron un estudio para conocer las características sobre los hábitos de vida y la calidad percibida de los 217 participantes y comparar ambos sexos. En cuanto a la comparación con la calidad de vida y la calidad del sueño de las mujeres y los hombres, las diferencias entre ambos grupos no eran significativas, pero sí se observó que a peor calidad del sueño, peor calidad de vida. Fageström y col <sup>50</sup> también observó que un sueño insatisfactorio afectaba negativamente a la calidad de vida de los adultos mayores.

En otros estudios encontrados en esta revisión <sup>46, 51-57</sup>, hemos observado que, además de relacionar la calidad de vida y la calidad del sueño en el paciente anciano, relacionan otros factores añadidos a estos dos mencionados anteriormente.

La depresión es un factor muy estudiado en el impacto que produce sobre la calidad del sueño y la calidad de vida de las personas. En el paciente anciano, se ha observado que existe una correlación significativamente negativa entre la depresión, la calidad de vida y la calidad del sueño <sup>51</sup>. Otros estudios <sup>52, 57</sup>, además de recalcar la relación negativa entre estas variables, busca la necesidad de desarrollar un enfoque preventivo para mejorar la calidad del sueño, lo que contribuirá a mejorar la calidad de vida y la depresión. Y sugirieron que se requieren más intervención en atención primaria sobre este aspecto.

El estado nutricional es otro factor que también influye en la vida de los pacientes mayores. Según Lluesma Vidal <sup>53</sup> una mejora del patrón del sueño, mejora la calidad de vida de los mayores y, esto, implica un mejor estado nutricional. En este estudio, se observó también que si se elimina la variable de calidad de vida, la mejora del estado nutricional se reduce.

Las personas con mala calidad del sueño, son más propensas a experimentar dolor, a que su umbral del dolor se reduzca y a experimentarlo con mayor frecuencia y una intensidad más alta que las personas que duermen bien <sup>54</sup>. Se encontró una asociación entre el insomnio, la mala calidad de vida y el dolor. A todo esto, se le suma el mayor coste sanitario que comportan estos problemas.

Además, de observar la relación entre la calidad de vida y la calidad del sueño de los pacientes mayores de 65 años, se observó si existe la misma relación entre ambos factores y pacientes mayores de 65 años con diferentes patologías. Con respecto a la hipertensión <sup>51</sup>, se observó que en los pacientes hipertensos también existe una relación negativa entre la calidad del sueño y la calidad de vida.

En cuanto a patología respiratoria, se realizó un estudio en pacientes con síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SAHS) que utilizaban CPAP y los que no. Pudiendo parecer que utilizar una máquina de CPAP puede provocar insomnio o una peor calidad de vida, los resultados fueron completamente distintos. El tratamiento con CPAP mejoró la CV y disminuyó el grado de somnolencia diurna de los participantes <sup>55</sup>.

El uso de benzodiazepinas a largo plazo para problemas de sueño se ha extendido en las consultas médicas actuales. Este tipo de fármacos debería utilizarse para un corto plazo ya que, a la larga, crean dependencia y sus efectos disminuyen. En Helsinki, realizaron un estudio <sup>56</sup> para comprobar cómo influía la retirada de estos fármacos en personas mayores. Se observó que, a los 6 meses de retirarlos, la latencia del sueño fue significativamente más corta, tuvieron menos dificultad para iniciar el sueño, se alivió

el estrés percibido y mejoró significativamente la calidad de vida de estas personas. Por tanto, existían relación entre la calidad del sueño y la calidad de vida.

En conclusión, la calidad del sueño y la calidad de vida están íntimamente relacionadas. Se deberían realizar más intervenciones dedicadas a conocer cómo está el tema en las personas mayores de nuestra comunidad para poder ayudarles a mejorarla, ya que una mala calidad de vida y una mala calidad del sueño están relacionadas con mayores tasas de morbi-mortalidad y con una gran coste sanitario.

## **9 LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

---

La principal limitación de esta revisión ha sido la reducida muestra de artículos encontrada sobre la relación entre la calidad de vida y la calidad del sueño del paciente anciano. Por todo esto, es inevitable destacar la necesidad de nuevos estudios que aporten mayores resultados sobre esta relación.

Por esta misma razón, se hacen necesarias futuras líneas de investigación encaminadas a conocer de manera directa la relación que existe entre la calidad de vida y la calidad del sueño mediante la aplicación de cuestionarios y trabajo de investigación.

## 10 CONCLUSIONES

---

La revisión sistemática realizada permite confirmar la hipótesis del trabajo ya que la calidad del sueño tiene un impacto directo sobre la calidad de vida de las personas mayores

Además, se ha observado que existen otros factores determinantes, tanto en la calidad de vida como en la calidad del sueño, que están íntimamente relacionados, destacando la sintomatología depresiva, el estado nutricional, el padecimiento de dolor, las comorbilidades y el consumo de polifarmacia.

Con todo ello, la utilización de herramientas válidas y adecuadas de evaluación, tanto en la calidad de vida como de sus posibles determinantes resultará clave para el diseño y puesta en marcha de intervenciones eficaces que, de forma individualizadas, permitan una mejora de la calidad de vida de las personas mayores, ya que, como hemos podido observar, es un firme indicador de cómo se encuentra nuestra población anciana. También sería necesario realizar este tipo de intervenciones encaminadas a mejorar la calidad del sueño de nuestro mayores, prestando más atención a los hábitos higiénico-dietéticos.

# 11 BIBLIOGRAFÍA

---

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Madrid. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 24 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Pinto S, Fumincelli L, Mazzo A, Caldeira S, Martínez JC. Comfort, well-being and quality of life: discusión of the differences and similarities among the concepts. Porto Biomed [Internet]. 2017 [citado 24 abril 2020]. 2 (1): 6-12. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-porto-biomedical-journal-445-pdf-S2444866416301076>
3. World Health Organization. International classification of impairment, disabilities and handicaps. Geneve: World Health Organization; 1980.
4. Pidemunt Moli G, Cáceres Palou E. Factores determinantes en el deterioro de la función y la calidad de vida del anciano afecto por fractura de cadera. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010. [Citado 16 marzo 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=85183>
5. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de la calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 24 abril 2020]. 84: 169-184. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
6. Patrick D. Erickson P. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York;1993.
7. Pariente Rodrigo E, García-Garrido AB, Gómez Molleda F, Gálvez Castillo E, González Expósito J, López León I et al. Calidad de vida relacionada con la salud como variable explicativa del consumo de consultar en atención primaria: un análisis por sexo. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2015 [citada 24 abril 2020]; 89: 61-73. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n1/07\\_original4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n1/07_original4.pdf)
8. Rubio Olivares D, Rivera Martínez L, Borges Oquendo LC, González Crespo F. Calidad de vida en el adulto mayor. Rev Científico-Metodológica [Internet]. 2015 [citado 24 abril 2020]; 61 (1-7). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf>
9. Fiorelli de Almeida S, Araujo de Lima G, Aparecida Nuevo M, Souza de Conti MH, Nader MS. Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day center. Cienca e Saude Coletiva [Internet].

- 2018 [citado 16 marzo 2020]. 23 (11): 53-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30427462>
10. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre envejecimiento 2015. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
  11. Piedras Jorge C, Meléndez Moral JC, Tomás Miguel JM. Beneficios del ejercicio físico en la población mayor institucionalizada. Revista española de geriatría y gerontología. 2010 [citado 18 marzo 2020]. 45 (3): 131-135.
  12. Cerquera Córdoba AM, Uribe Rodríguez AF, Matajira Camacho YJ, Correa Gómez HV. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. Psicogente. 2017 [citado 18 marzo 2020]. 20 (38):398-409.
  13. Fernández-Ballesteros R, Zamarrón MD, Macia A. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales (2006)
  14. Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. Anuario de Psicología 1997; 73: 89-104.
  15. World Health Organization. Field Trial WHOQOL-100: The 100 questions with response scales; Geneve: World Health Organization; 1995 [citado 16 marzo 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_qol\\_field\\_trial\\_1995.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf)
  16. World Health Organization. Introduction, administration, scoring and generic version of assesment. Geneve: World Health Organization; 1996.
  17. Fundación de Investigación EuroQol. Instrumentos EQ-5D. Países Bajos; Fundación de Investigación EuroQol; 2020.
  18. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. Rev Med (Barcelona) [Internet]. 2008 [citado 16 marzo 2020]. 130 (19): 726-735. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/ac5f/bc9e8fa5eb7d69b0ebb7f8c1b024826d5594.pdf>
  19. iis.es [Internet]. Madrid: iis; 2017 [citado 16 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.iis.es/que-es-como-se-produce-el-sueno-fases-cuantas-horas-dormir/>
  20. Aguirre-Navarrete R. Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2007 [citado 16 marzo 2020]. 15 (2-3). Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Bases.pdf>
  21. López Mínguez J. Influencias genéticas y ambientales en la salud del sistema circadiano, el patrón del sueño-vigilia y el horario de la comida: estudio clásico

- en gemelos. [Tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2018 [citado 16 marzo 2020]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/55850>
22. Eumann Mesas A, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. La asociación entre duración y calidad del sueño, caídas accidentales, limitación funcional y mortalidad en los adultos mayores. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [citado 16 marzo 2020]. Disponible en: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/5358>
23. Echávarri C, Erro MF. Trastornos del sueño en el anciano y las demencias. Anales del sistema sanitario de Navarra [Internet]. 2007 [citado 16 marzo 2020]. 30 (1): 155-161. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2107/1536>
24. Madrid JA, Ortiz Tudela E, Martínez-Nicolás A, Rol MA. Sistema del ritmo circadiano en el anciano. Inform psiquiátricas [Internet]. 2009 [citado 16 marzo 2020]. 195-196: 51-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3018283>
25. Eumann Mesas A, López-García E, Rodríguez-Artalejo F. Duración del sueño y limitación funcional en adultos mayores. Med Clin [Internet]. 2011 [citado 16 marzo 2020]. 136 (12): 527-530. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-duracion-del-sueno-limitacion-funcional-S0025775310008432>
26. Abraham O, Pu J, Schleiden L, Albert S. Factors contributing to poor satisfaction with sleep and health-care seeking behaviour in older adults. Sleep Health. Rev Sleep Health [Internet]. 2017 [citado 20 marzo 2020]; 3: 43-48. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352721816301280?via%3DiHub>
27. Rubio Sánchez P. Métodos de evaluación de la excesiva somnolencia diurna. Rev Vigilia-sueño [Internet]. 2003 [citado 26 abril 2020]; 15 (2): 118-124. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-articulo-metodos-evaluacion-excesiva-somnolencia-diurna-13062090>
28. Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno del insomnio. Rev Anales de Psicología [Internet]. 2007 [citado 26 abril 2020]; 23(1): 109-117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723114.pdf>
29. Lomeli HA, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez C, Moreno CB, González-Reyes R, Palacios R et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. Rev Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2008 [citado 26 abril 2020]; 36 (1): 50-59. Disponible en: <https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/9/49/ESP/9-49-ESP-50-59-279662.pdf>

30. Landry G, Best J, Liu-Ambrose T. Measuring sleep quality in older adults: a comparison using subjective and objective methods. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2015 [citado 26 abril 2020]; 7: 166. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561455/>
31. Fernández-Ballesteros R, Caprara MG, Iñiguez J, García LF. Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa “vivir con vitalidad”. *Rev Esp Geria Geront*. 2010 [citado 2 junio 2020]; 40 (2): 92-102.
32. Herrera Molina E, Muñoz Mayorga I, Martín Galán V, Cid Gala M. Experiencias españolas en la promoción de la autonomía personal en las personas mayores. *Rev Gac Sanit*. 2011 [citado 2 junio 2020]; 25 (S): 147-157.
33. Uriarte Arcienega JD. Resiliencia y envejecimiento. *Rev Eur J. Invest. Health. Pshyco Educa*. 2014 [citado 2 junio 2020]; 4 (2): 67-77.
34. Zamarrón. Cassinello MD. Envejecimiento activo: un reto individual y social. *Rev Ciencias Sociales*. 2013 [citado 2 junio 2020]; 41: 449-463.
35. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and variables associated with quality of life in people over 65 in Spain and Europe. Data from SHARE 2013. *Rev Eur J Psychiat* [Internet]. 2018 [citado 5 junio 2020]; 32 (3): 122-131. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-european-journal-psychiatry-431-pdf-S0213616317300812>
36. Rodríguez Díaz MT, Pérez Marfil MN, Cruz Quintana F. Dependencia y bienestar en ancianos institucionalizados: propuesta de un programa de intervención. [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada. 2017 [citado 5 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=113521>
37. Fernández Domínguez MJ, Gestal Otero JJ, Blanco Ramons MA. Factores predictores de la percepción de salud y calidad de vida. Estudio de una cohorte de ancianos. [Tesis Doctoral]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. 2016 [citado 5 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=132102>
38. Fernández Rodríguez EJ, Sánchez Gómez C. Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado. *Rev TOG* [Internet]. 2014 [citado 6 junio 2020]; 11 (20). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4891948>
39. Saiz Llamosas JR, Casado Vicente V. Quality of life among community-dwelling elderly persons with a history of previous falls. *Rev Fisioterapia* [Internet]. 2015 [citado 5 junio 2020]; 37 (2): 3-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-quality-life-among-community-dwelling-elderly-S0211563814000455?referer=buscador>

40. Dinamarca Montecinos JL, Rubio Herrera R, Paoli G. Fracturas de cadera en la persona mayor: características epidemiológicas, diferencias según ubicación anatómica y mortalidad intrahospitalaria como elementos para mejorar la calidad de vida. [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada. 2015 [citado 5 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56042>
41. Jiménez Redondo S, Beltrán de Miguel B, Cuadrado de Vives C. Situación nutricional en personas de edad, no institucionalizadas, mayores de 80 años. Asociación con la funcionalidad física, cognitiva y la calidad de vida. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2015 [citado 5 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=129131>
42. Hernández Galiot A, Goñi Cambrodón I. Dieta y envejecimiento: influencia de los hábitos alimentarios en la calidad de vida y en el estatus antioxidante de adultos mayores españoles no institucionalizados de más de 75 años. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2017 [citado 5 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=149106>
43. Martín Aranda R, Calvo Arenillas JI. Determinantes de la calidad de vida percibida en adultos mayores institucionalizados. [Tesis Doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca. 2019 [citado 5 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255965>
44. Bermúdez Sánchez AM, Méndez Mateo I, García Munuera I. Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizada. Rev Eur J Health Research. 2017 [citado 5 junio 2020]; 3 (1): 17-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6152057>
45. Espejo Antúnez L, Cardero Durán MA, Caro Puértolas B, Téllez de Peralta G. Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores. Rev Esp Geriat y Gerontología [Internet]. 2012 [citado 5 junio 2020]; 47 (6): 262-265. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4249495>
46. Lacambra Capdevilla A, Delgado Rubio R. Factores relacionados con la calidad del sueño en mayores. Rev Cuidando la salud [Internet]. 2019 [citado 14 junio 2020]; 16: 45-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7099357>
47. Fabuel R, López-García E. El impacto de la duración habitual del sueño sobre la obesidad, la presión arterial, la calidad de vida y la función cognitiva de los ancianos españoles. [Tesis Doctoral]: Universidad Autónoma de Madrid. 2009. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=31190>

48. Carmona Fortuño I, Molés Julio MP. Problemas del sueño en los mayores. Rev Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 14 junio 2020]; 29 (2): 72-78. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6540509>
49. Durán Agüero S, Vázquez Leiva A. Caracterización antropométrica, calidad y estilos de vida del anciano octogenario. Rev Sociedad Esp de nutrición parenteral y enteral [Internet]. 2015 [citada 14 junio 2020]; 31 (6): 2554-2560. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5129506>
50. Fagerstöröm C, Hellströröm A. Sleep complaints and their Association with comorbidity and health-related quality of life in an older population in Sweden. Rev Agung Ment Health [Internet]. 2011 [citado 14 junio 2020]; 15 (2): 204-213. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21140301/>
51. Sariarslan HA, Gulhan YB, Unalan D, Basturk M, Delibas S. The relationship of sleep problems to life quality and depression. Rev Neurosciences [Internet]. 2015 [citada 14 junio 2020]; 20 (3): 236-242. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26166591/>
52. Brandolim Becker N, Neves de Jesus S, Viseu J, Dieter Stöbaus C, Guerreiro M, Doming R. Depression and quality of life in older adults. Rev International of clinicar health psychology [Internet]. 2018 [citada 14 junio 2020]; 18 (1): 8-17. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6240776>
53. Lluesma Vidal M, Murgui Pérez S, Carmona Simarro JV. Nutritional status regarding the quality of life and sleep pattern in community-dwelling older adults with cognitive dysfunction. Rev Nutr Hosp [Internet]. 2019 [citada 14 junio 2020]; 36 (2): 303-308. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30868911/>
54. Dragioti E, Bernfort L, Larsson B, Gerdle B, Levin LÅ. Association of insomnia severity with well-being, quality of life and health care costs: A cross-sectional study in older adults with chronic pain (PainS65+). Eur J Pain [Internet]. 2018 [citado 14 junio 2020]; 22 (2): 414-425. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29034538/>
55. Uychamonowicz I, Markiewicz K, Uchamanowicz B, Koltuniuk A, Rosinczuk J. The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension. Clin Interv Aging [Internet]. 2019 [citado 14 junio 2020]; 14: 155-165. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30697040/>
56. Serrano Merino J, Pérula de Torres L, Jurado Gámez B. Calidad de vida en mayores de 65 años enfermos de SAHS en tratamiento con CPAP. [Tesis Doctoral]: Universidad de Córdoba. 2018 [citado 14 junio 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=150851>

57. Lähteenmäki R, Neuvonen P, Puustinen J, Vahlberg T, Partinen M, Rähä I, Kivelä SL. Whitdrawal from long-term use of zopiclone, zolpidem and temazepam may improve perceived sleep and quiality of life in older adults with primary insomnia. *Basic Clin Phamacol Toxicol* [Internet]. 2019 [citado 14 junio 2020]. 124 (3): 330-340. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30295409/>

## ANEXO 1: TABLA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

NºBIBLIOGRAFÍA	TÍTULO	AÑO	TIPO DE MUESTRA	RESUMEN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
35	Depression and variables associated with quality of life in people over 65 in Spain and Europe. Data from SHARE 2013	2017	Estudio descriptivo transversal. 22189 participantes (3355 participantes de España y 18834 de Europa Central).	La percepción de la calidad de vida puede verse influida por aspectos clínicos individuales y sociodemográficos, pero también por los modelos de bienestar vigentes en el país. Se busca comparar la asociación entre las variables clínicas y sociodemográficas y la calidad de vida de la población española y centro-europea.	El estudio mostró que las variables más relevantes asociadas a la calidad de vida fueron la presencia de depresión, mala salud física o dificultades para realizar las AVD. El estudio muestra una peor calidad de vida en España aunque la tasa de suicidios de personas mayores de 65 años es menor que en los países europeos analizados, algunos autores atribuyen esto a la fortaleza del sistema familiar en España que puede actuar como un factor protector. Se detecta una gran relación entre la calidad de vida y la depresión.	Las principales variables asociadas a una menor calidad de vida en España y en el centro-norte de Europa fueron la presencia de síntomas depresivos, una mala salud física, dificultades con las AVD y falta de ejercicio. Además, hubo una correlación significativa entre la calidad de vida y la depresión.
36	Dependencia y bienestar en ancianos institucionalizados: propuesta de un programa de intervención	2017	Estudio descriptivo transversal en el que se estudió a una muestra compuesta por 132 mayores institucionalizados.	Se realizó un estudio para conocer las diferencias en bienestar emocional, percepción de salud y calidad de vida en mayores institucionalizados con diferentes niveles de dependencia funcional.	Se observó que a mayor nivel de dependencia, peor percepción de la función física y de la salud física general y, por tanto, peor percepción de calidad de vida. La depresión está asociada a una peor calidad de vida. Además, una pérdida de la capacidad de realizar las diferentes AVD puede conllevar a depresión.	Se muestra que a mayor edad, mayor nivel de dependencia funcional y peor percepción de calidad de vida. Relación directa entre la dependencia funcional y la calidad de vida.
37	Factores predictores de la percepción de salud y calidad de vida. Estudio de una cohorte de ancianos	2016	Estudio observacional, prospectivo, de seguimiento después de 8 años con una muestra de 88 ancianos no institucionalizados de la provincia de Ourense	Se realizó un estudio para conocer los cambios en las variables asociadas a la CVRS en una población anciana válida de Ourense.	Observó que la valoración global de salud de los participantes fue regular o mala en el 51'3% de los encuestados. De ellos las mujeres referían una peor calidad de vida autopercebida. Además, se observó que las mujeres, a pesar de vivir más, tenían un nivel más elevado de vulnerabilidad, mayor nº de enfermedades o discapacidades, mayor tasa de pobreza relativa, mayor exclusión social, menor pesnión y mayor nº de mujeres que vivían solas.	Se observaron cambios en las variables asociadas con la CVRS a los 8 años de repetir el estudio. Se observó que aunque había aumentando la polipatología y el número de fármacos y, físicamente, su situación era peor, presentaron una sensación mayor de bienestar emocional cuanto mayor era su contacto social. Además, la dependencia en las AVD suponía un descenso de la calidad de vida.

38	Estudio de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor institucionalizado	2014	Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo que cuenta con una muestra de 59 pacientes institucionalizados y se dividieron entre un grupo rehabilitador (n=31) y otro no rehabilitador (n=28).	Se buscó conocer si una actitud rehabilitadora con el fin de mejorar la capacidad funcional del individuo puede mejorar la CVRS percibida.	Se observó que el grupo rehabilitador, tras la intervención, mejoró notablemente su CV percibida sobre todo en los apartados de movilidad, dolor y depresión.	Se observó una mejora tanto de la CV como de la funcionalidad de los usuarios tras la intervención rehabilitadora de la terapia ocupacional.
39	Quality of life among community-dwelling elderly persons with a history of previous falls	2015	Estudio descriptivo transversal. 198 participantes entre 65-75 años de Valladolid	Este estudio busca conocer la percepción de CVRS de las personas mayores de 65 años con antecedentes de caídas	Un mayor porcentaje de sujetos con enfermedades en el grupo de antecedentes de caídas en comparación con el grupo que no tenía antecedentes de caídas.	La personas mayores con AC en los últimos 12 meses tienen peor percepción de su CVRS.
40	Fracturas de cadera en la persona mayor	2016	Revisión sistemática	Se busca conocer si existe un impacto entre las fracturas de cadera y la calidad de vida y, si este impacto existe, qué tipo de impacto genera	Existe un impacto entre las FC y la CV	Hay una estrecha relación entre la CV y las FC, disminuyendo la misma tras la fractura.
41	Situación nutricional en personas de edad, no institucionalizadas, mayores de 80 años. Asociación con la funcionalidad física, cognitiva y la calidad de vida	2015	La muestra estaba compuesta por 98 personas mayores de 80 años censados en Villanueva de la Cañada, Madrid	Para valorar la CVRS que tenían los participantes se utilizó el cuestionario EuroQol-5D.	Se observó que la calidad de vida fue peor en las mujeres que en los hombres. Se observó que la CVRS empeoraba al empeorar el estado nutricional. Se observó que estar en riesgo de desnutrición está asociado con una peor CVRS.	La calidad de vida está relacionada con el estado nutricional. A mejor estado nutricional mejor CVRS percibida.
42	Dieta y envejecimiento /	2017	Estudio descriptivo transversal en una muestra de 102 personas pertenecientes al censo municipal de Garrucha (Madrid) no institucionalizadas	Se quiso relacionar el estado nutricional con la valoración integral de la persona mayor, incluyendo la calidad de vida percibida mediante el cuestionario EuroQol-5D.	Se relacionó positivamente el patrón de la dieta mediterránea con la función cognitiva. Sin embargo, el patrón dietético no se correlacionó con sintomatología de depresión. La población estudiada poseía un buen nivel de calidad de vida y fue peor en las mujeres que en los hombres.	Los participantes desnutridos o con alto riesgo de desnutrición tuvieron una peor calidad de vida y una mayor pérdida de autonomía funcional.

43	Determinantes de la calidad de vida percibida en adultos mayores institucionalizados	2019	Estudio descriptivo-explicativo, no experimental, con diseño transversal y metodología cuanti-cualitativa con una muestra de 112 pacientes, los cuales casi todos válidos	Para aspirar a una buena calidad de vida en la tercera edad, es importante lograr una física y psíquica activa y sana, adrontando los acontecimientos vitales de manera positiva y constructiva y desarrollando un control sobre los eventos externos para que reporten beneficios.	El grupo estudiado posee altos niveles de calidad de vida en casi todas las subescalas. Las mujeres presentaron con mayor frecuencia valores altos en la parte de relaciones interpersonales. Se correlacionó de manera muy significativa y negativa la edad con el bienestar físico, es decir, que, a mayor edad menor calidad de vida vinculada al BF.	Los adultos mayores de esta residencia presentan niveles altos de calidad de vida. La dimensión considerada como más relevante es el bienestar físico, vinculada con la independencia funcional, la autodeterminación y la inclusión social. Las RI como dimensión de calidad de vida estuvo relacionada con la edad y el sexo, siendo las mujeres más longevas las que exhiben mayor calidad de vida atendiendo a este aspecto.
44	Inteligencia emocional, calidad de vida y alexitimia en personas mayores institucionalizada	2017	Estudio descriptivo transversal con una muestra de 25 ancianos de un centro institucionalizado de la región de Murcia.	En la tercera edad comprender lo que es la inteligencia emocional es fundamental ya que ayuda a adquirir recursos de afrontamiento a los cambios relativos de la vejez, lo que conlleva una mejora de la calidad de vida en la vejez.	Se encontró relación significativa entre la calidad de vida y la alexitimia (dificultad para identificar y expresar sentimientos) y las relaciones familiares.	Los resultados de este estudio hacen pensar que sería importante desarrollar programas para trabajar la inteligencia emocional en centros institucionalizados, además de trabajar con las emociones para mejorar la calidad de vida.
45	Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad y calidad de vida en mayores	2012	Estudio experimental, prospectivo y simple ciego con una muestra de 31 individuos institucionalizados en una residencia de Cáceres divididos en dos grupos. Un grupo realizó dos sesiones semanales de ejercicios aeróbicos durante 4 semanas y el otro no.	El incremento de la esperanza de vida supone también un aumento de la dependencia y de las enfermedades. La gonartrosis provoca una afectación articular que influye en el estado de salud y la calidad de vida. Sf-36	Se observaron mejoras estadísticamente significativas con respecto al grupo que realizó ejercicios y su calidad de vida con el que no.	La práctica regular de ejercicio físico interacciona de manera beneficiosa en la mejora del bienestar tanto físico como psicológico y, por tanto, sobre la calidad de vida.
46	Factores relacionados con la calidad del sueño en mayores	2019	Estudio descriptivo transversal realizado a 58 personas de 65 o más años en el colectivo de residentes del Hogar Padre Saturnino López, Huesca	Se realizó el estudio para conocer la calidad del sueño de los participantes y conocer que factores podían influir en él.	Un 80'3% de los residentes refirieron una mala calidad del sueño. No tener dolor se asoció con una buena calidad del sueño. Los residentes que llevaban más de 1 año dormían peor. Se relacionó una buena calidad de vida y salud autopercebida con tener una buena calidad del sueño	El dolor, la calidad de vida, la salud autopercebida y el número de años en la residencia son los factores que más influyen en la calidad del sueño de las personas mayores.

47	El impacto de la duración habitual del sueño sobre la obesidad, la presión arterial, la calidad de vida y la función cognitiva de los ancianos españoles	2008	Estudio de cohortes prospectivo de base poblacional. Se cogieron 4008 personas mayores de 60 años y no institucionalizados.	<p><b>Estudio 1:</b> la duración del sueño, la obesidad general y abdominal y el cambio de peso en la población adulta mayor de España</p>	<p><b>Estudio 1:</b> Los que no presentaban una duración extrema del sueño realizaban con mayor frecuencia actividad física, tenían mejor salud percibida y menor número de enfermedades crónicas. Entre los que tenían menor duración, hubo mayor frecuencia de mujeres, de consumo de ansiolíticos y de depresión.</p>	<p><b>Estudio 1:</b> se observó que una duración extrema del sueño se asocia con la obesidad sobre todo en mujeres.</p>
				<p><b>Estudio 2:</b> la asociación de la duración habitual del sueño, la hipertensión prevalente e incidente y el control de la presión arterial elevada en la población adulta mayor de España</p>	<p><b>Estudio 2:</b> no hubo diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de HTA prevalente en ninguna categoría de duración del sueño. Los resultados fueron similares en ambos sexos</p>	<p><b>Estudio 2:</b> no se encontró una asociación entre la duración del sueño y la HTA en los ancianos. Sería interesante que en futuros estudios se examinase la influencia de los patrones de sueño típicos de los ancianos sobre la HTA.</p>
				<p><b>Estudio 3:</b> duración habitual del sueño y la calidad de vida relacionada con la salud en la población adulta mayor de España</p>	<p><b>Estudio 3:</b> se observó una asociación transversal entre la duración del sueño y la calidad de vida en las mujeres. A menor duración del sueño menor calidad de vida (SF-36). En los hombres, tb se relacionó una duración extrema del sueño con una peor calidad de vida.</p>	<p><b>Estudio 3:</b> una duración extrema del sueño se relaciona con una peor calidad de vida en los ancianos tanto en la escala física como en la mental.</p>
				<p><b>Estudio 4:</b> duración habitual del sueño y función cognitiva en la población adulta mayor</p>	<p><b>Estudio 4:</b> se relacionó una función cognitiva reducida con un sueño largo, sobre todo en las mujeres.</p>	<p><b>Estudio 4:</b> no se pudo establecer una relación temporal entre la duración del sueño y la función cognitiva.</p>
48	Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality	2017	Estudio descriptivo transversal realizado a 187 pacientes ancianos portugueses no institucionalizados	<p>La falta de sueño supone un problema en los adultos mayores. Esta investigación explica cómo la depresión se relaciona con la calidad de vida, considerando los efectos de la calidad del sueño en adultos mayores.</p>	<p>Mediante las encuestas WHOQOL-BREF, PITTSBURGH y Depression Anxiet y Stress Scal se dedujo que la calidad del sueño esta intimamente relacionada con la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores. Se observó una buena calidad del sueño en aquellos participantes que presentaban mejor calidad de vida y no tenían depresión</p>	<p>El importante considerar la calidad del sueño asociada con la depresión en los adultos mayores y es necesario realizar intervenciones que minimicen los impactos en la salud. Se requieren más intervenciones de prevención primaria para una buena calidad del sueño relacionada con la depresión.</p>

49	Caracterización antropométrica, calidad y estilos de vida del anciano chileno octogenario	2015	Estudio de corte transversal realizado a 217 pacientes autónomos de ambos sexos.	Este artículo busca conocer las características sobre el estado nutricional, los hábitos y la calidad de vida de los participantes. Compara ambos sexos.	Se realizó la encuesta de calidad del sueño de Pittsburgh y no encontró diferencias significativas entre ambos sexos sobre la calidad del sueño y la calidad de vida percibida. Las mujeres presentaron menor calidad de vida que los hombres y peor sueño.	A pesar de que las diferencias no son significativas, las mujeres presentaron peor calidad de vida y calidad del sueño que los hombres. Los octogenarios son una población poco estudiada y este trabajo muestra la necesidad de seguir evaluando estas características y de generar estrategias focalizadas a mejorar la calidad de vida de estas personas.
50	Sleep complaints and their association with comorbidity and health-related quality of life in an older population in Sweden	2011	Estudio de cohorte longitudinal y multicéntrico. 1128 participantes	El objetivo fue investigar la presencia de problemas del sueño en los participantes y analizar su asociación con la morbilidad y la CVRS en adultos mayores.	Se mostró que los participantes que mayores quejas tenían sobre su sueño eran los que peor nivel de calidad de vida percibida poseían.	Se observó que un sueño insatisfactorio afecta negativamente a la CVRS mental y física de los adultos mayores.
51	The relationship between sleep disturbances and quality of life in elderly patients with hypertension	2019	Estudio transversal. 100 pacientes mayores hipertensos de Wrocław, Polonia	Los trastornos del sueño están asociados con un mayor riesgo de hipertensión. Se pretendió evaluar los efectos del insomnio y la somnolencia diurna sobre la calidad de vida en pacientes hipertensos mayores de 65 años.	El 39% de los participantes tenían episodios de somnolencia diurna y el 59% sufría insomnio.	Este estudio mostró que los problemas del sueño tienen un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión, sobre todo en el dominio físico.
52	The relationship of sleep problems to life quality and depression	2015	Estudio transversal. 229 participantes de Turquía	Se buscó identificar el nivel de depresión y el nivel de calidad de vida de los participantes y la relación entre estos y los problemas de sueño que padecían.	Se observó que los pacientes de edad avanzada, casados, que no trabajaban y que tenían una enfermedad crónica y un síntoma depresivo tenían una calidad del sueño significativamente peor.	Existió una correlación significativamente negativa entre la depresión, la calidad del sueño y la calidad de vida, mientras que hubo una correlación significativamente positiva entre la calidad de vida y la depresión.
53	Nutritional status regarding the quality of life and sleep pattern in community-dwelling older adults with cognitive dysfunction	2018	Estudio descriptivo observacional. 48 participantes con deterioro cognitivo que vivían en su domicilio de Valencia	Se buscó establecer una posible relación entre el estado nutricional, el patrón de sueño y la calidad de vida en pacientes con deterioro cognitivo.	Se observó que un patrón de sueño más ajustado implicó un mejor estado nutricional. Además, el mejor estado nutricional implicó una mejora en la calidad de vida.	Se debe destacar la importancia de promover rutinas y comportamientos adecuados para dormir ya que implica doble beneficio, mejora la percepción de calidad de vida y el estado nutricional.

54	Association of insomnia severity with well-being, quality of life and health care costs: A cross-sectional study in older adults with chronic pain (PainS65+)	2018	Estudio trasversal. 2790 participantes con dolor crónico.	Buscó evaluar la asociación del insomnio con el bienestar, la calidad de vida y los costes de atención médica	Un 24'6% de la muestra tenían insomnio clínico. Se observó que estos participantes tenían mas probabilidades de experimentar dolor con mayor frecuencia y con una intensidad de dolor más alta que las personas que no tenían insomnio.	Se determinó una asociación independiente de insomnio con baja calidad de vida relacionada con la salud y con mayores costes sanitarios en adultos mayores con dolor crónico.
55	Calidad de vida en mayores de 65 años enfermos de SAHS en tratamiento con CPAP	2018	Estudio longitudinal, prospectivo, cuasi-experimental, de pre y post intervención, sobre una cohorte de enfermos con SAHS, de edad igual o superior a 75 años y en tratamiento con CPAP. Se determinó una medición de la calidad de vida antes del inicio de la terapia con CPAP y a los 3 meses de intervención. Se seleccionó a una muestra de 123 sujetos.	Al aumentar la longevidad de la población aumentan las enfermedades crónicas. La prevalencia del Síndrome de apneas-hipoapneas del sueño (SASH) aumenta con la edad afectando actualmente en España aprox al 20% de la población mayor de 65. Su tto ppal es la CPAP durante el sueño en SASH graves o moderados. El estudio quiere mostrar que la terapia con CPAP tiene un efecto positivo en la calidad de vida	Los hombres presentaron mejor puntuación con respecto a la calidad de vida que la mujeres. No se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida entre los sujetos con SAHS y los no SASH. Los valores de los test SF-36 y SAQLI aumentaron significativamente despues de 3 meses con la CPAP en ambas categorías. Además, se observo una disminución de la somnolencia diurna tras la intervención aunque no existían diferenecias significativas entre hombres y mujeres	El tto con CPAP mejora la CV de las personas >65 años con SAHS. Además, disminuye el grado de somnolencia diurna subjetiva de las personas.
56	Whitdrawal from long-term use of zopiclone, zolpidem and temazepam may improve perceived sleep and quiality of life in older adults with primary insomnia	2019	Estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos. 92 personas ancianas de Helsinki.	Se realizó un estudio en personas mayores con insomnio primario que utilizaban benzopidiazepinas a largo plazo. Se dividieron en dos grupos, uno en el cual se le retiraron y otro al que no se le retiró la medicación a largo plazo. Debido a que no está recomendado el uso a largo plazo de las Benzodiazepinas, se quiso estudiar si, al tiempo de retirarlas se experimenta una mejora del sueño y, por tanto, de la calidad de vida.	A los 6 meses, el grupo al que le retiraron la medicación tuvo una latencia de sueño significativamente más corta y menos dificultad para iniciar el sueño en comparación con los que no se le retiró la medicación. Además, se alivió más el estrés y mejoró la calidad de vida percibida en las personas que se les retiró la medicación.	Los trastornos del sueño, la fatiga durante el día y la calidad de vida puede resolverse dentro de los meses posteriores a la retirada de BZDA. Estos resultados fomentan la retirada del uso crónico de hipnóticos como las benzodiazepinas, sobre todo, en sujetos de avanzada edad.
57	Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality / Brandolim Becker N, Neves de Jesus S, Viseu J, Dieter Stobäus C, Guerreiro M et al	2017	Estudio descriptivo transversal. Muestra de 187 ancianos portugueses no institucionalizados.	La insuficiencia del sueño afecta al 45% de la población mundial. Se buscó probar una hipótesis de mediación en la que relaciona la depresión con la calidad de vida, considerando los efectos de la calidad del sueño en adultos mayores.	Se les realizó la escala validada de calidad del sueño de Pittsburg, la escala de calidad de vida Whoqol-Bref y la escala de depresión DASS-21. Deben considerarse las variables de género y salud ya que existieron diferencias significativas entre los grupos.	Este estudio demostró que la calidad del sueño interviene en las variables de depresión y calidad de vida. Recalca la necesidad de desarrollar un enfoque preventivo para mejorar la calidad del sueño lo que contribuirá a mejorar la calidad de vida y la depresión.