



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA

Tesis

Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden al
CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026

Para optar el Título Profesional de
Químico Farmacéutico

Presentado por:

Autora: Pampa Tello, Yenny Cristina

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4305-9865>

Asesor: Mg. Ramos Jaco, Antonio Guillermo

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0491-8682>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo,.....Yenny Cristina Pampa Tello..... egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Farmacia y Bioquímica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "...“Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026”...Asesorado por el docente: Ramos Jaco, Antonio Guillermo...DNI: 70922150 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4305-9865> tiene un índice de similitud de **10 (diez) %** con código _ 14912:598731362 _verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor 1

Nombres y apellidos del Egresado: Yenny Cristina Pampa Tello

DNI:70922150.....



.....
Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Ramos Jaco, Antonio Guillermo

DNI: ...04085562.....

Lima, 20 de abril de 2026

Dedicatoria

A mis padres, por su amor incondicional y su constante apoyo a lo largo de mi vida. A mi familia, por ser el pilar que sostiene cada uno de mis logros y, de manera especial, a mi hija, fuente de mi inspiración y razón profunda de mi esfuerzo diario.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento a mis padres y a mi familia, por su respaldo permanente y su confianza en cada etapa de este proceso. A mis profesores, por su orientación, enseñanza y valiosa guía académica y a mi hija, por ser mi mayor motivación y el impulso que me permitió culminar este importante logro.

Índice de tablas

Tabla 1 Caracterización de la muestra de estudio.	28
Tabla 2 Relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.....	29
Tabla 3 Relación entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en adultos mayores	30
Tabla 4 Relación entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores	31
Tabla 5 Relación entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores	32
Tabla 6 Relación entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores	33

Índice de contenido

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de tablas	iv
Índice de contenido	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción	ix
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.4. Justificación de la investigación	4
1.5. Limitaciones de la investigación.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	10
2.3. Formulación de la hipótesis	19
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	20
3.1. Método de investigación	20
3.2. Enfoque del estudio.....	20
3.3. Tipo de investigación.....	20
3.4. Diseño de investigación	20
3.5. Población, muestra y muestreo	20
3.6. Variables y operacionalización	22
3.7. Técnica e Instrumento de recolección de datos	24

3.7.1. Técnica	24
3.7.2. Descripción de Instrumento	24
3.7.3. Validez	25
3.7.4. Confiabilidad.....	26
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	26
3.9. Aspectos éticos.....	26
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	28
Resultados	28
4.1.1. Análisis descriptivo.....	28
4.1.2. Prueba de hipótesis	29
4.1.3. Discusión de resultados.....	34
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
5.1. Conclusiones	37
5.2. Recomendaciones	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
Anexos	45
Anexo 1: Matriz de consistencia	45
Anexo 2: Instrumentos	46
Anexo 3: Validez del instrumento	52
Anexo 4: Formato de consentimiento informado	65
Anexo 5: Aprobación del comité de Ética	68
Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.	69
Anexo 7: Reporte de similitud de turnitin.....	70

Resumen

El envejecimiento poblacional ha incrementado la frecuencia de trastornos de ansiedad y alteraciones del sueño en los adultos mayores, lo que ha favorecido el uso de ansiolíticos y ha convertido esta problemática en un tema relevante para la salud pública. En ese contexto, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho. Metodológicamente, se desarrolló un estudio de enfoque cuantitativo, tipo básico, diseño no experimental, transversal y alcance descriptivo-correlacional. La población estuvo conformada por 400 adultos mayores y la muestra por 197 participantes. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado sobre uso de ansiolíticos y la Calidad de Sueño, procesándose la información en SPSS 26. Los resultados mostraron que el 41,6% usaba ansiolíticos y el 58,4% no los usaba; además, predominó la categoría “merece tratamiento médico” en la calidad del sueño (40,6%), seguida de “merece atención médica” (32,5%). No se encontró relación significativa entre el uso global de ansiolíticos y la calidad del sueño ($p=0,282$), ni entre el tiempo de tratamiento y dicha variable ($p=0,079$); sin embargo, sí se evidenció relación significativa con el tipo de ansiolítico, la frecuencia de uso y la vía de obtención ($p=0,001$). En conclusión, la calidad del sueño no estuvo asociada al uso general de ansiolíticos, sino a características específicas del patrón de consumo, especialmente el tipo de fármaco, la frecuencia de uso y la vía de obtención.

Palabras clave: Ansiolíticos; calidad del sueño; anciano; benzodiazepinas.

Abstract

Population aging has increased the frequency of anxiety disorders and sleep disturbances in older adults, leading to a rise in anxiolytic use and making this issue a relevant public health concern. In this context, the present research aimed to determine the relationship between anxiolytic use and sleep quality in older adults attending the CIAM (Comprehensive Care Center for the Elderly) in San Juan de Lurigancho. Methodologically, a quantitative, basic, non-experimental, cross-sectional study with a descriptive-correlational scope was conducted. The population consisted of 400 older adults, and the sample comprised 197 participants. Data was collected using a structured questionnaire on anxiolytic use and sleep quality, and the information was processed using SPSS 26. The results showed that 41.6% used anxiolytics, while 58.4% did not. Furthermore, the category “deserves medical treatment” predominated in sleep quality (40.6%), followed by “deserves medical attention” (32.5%). No significant relationship was found between overall anxiolytic use and sleep quality ($p=0.282$), nor between treatment duration and this variable ($p=0.079$); however, a significant relationship was found with the type of anxiolytic, frequency of use, and route of administration ($p=0.001$). In conclusion, sleep quality was not associated with the overall use of anxiolytics, but rather with specific characteristics of the consumption pattern, especially the type of drug, frequency of use, and route of administration.

Keywords: Anxiolytics; sleep quality; elderly; benzodiazepines.

Introducción

En el primer capítulo se desarrolló el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación, centrados en la relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM de San Juan de Lurigancho, reconociendo la relevancia clínica y farmacéutica de esta problemática en una población vulnerable. En el segundo capítulo se expuso el marco teórico y las bases teóricas que sustentan científicamente las variables de estudio, incorporando antecedentes nacionales e internacionales, fundamentos farmacológicos de los ansiolíticos y conceptos esenciales sobre la calidad del sueño en geriatría. En el tercer capítulo se estableció la metodología bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional, orientada a analizar empíricamente la asociación entre ambas variables. En el cuarto capítulo se presentaron los resultados obtenidos y la discusión de los principales hallazgos, contrastándolos con la evidencia científica disponible y valorando sus implicancias en el contexto estudiado. Finalmente, en el quinto capítulo se formularon las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio, con énfasis en la optimización del uso de ansiolíticos, la prevención de riesgos asociados y la mejora de la práctica farmacéutica en la atención integral del adulto mayor.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El envejecimiento durante los últimos 50 años se ha incrementado y consigo la prevalencia de trastornos de ansiedad y alteraciones del sueño en los adultos mayores a nivel mundial (1). Se estima que entre el 30 % y el 48 % de las personas de 60 años a más presentan síntomas de insomnio, proporción que puede incrementarse en contextos de crisis sanitaria y social, como ocurrió durante la pandemia (2,3). Frente a esta problemática, el abordaje terapéutico más utilizado continúa siendo el empleo de medicamentos ansiolíticos, principalmente benzodiacepinas, con la finalidad de aliviar la ansiedad y facilitar el inicio o mantenimiento del sueño. Diversos estudios internacionales reportan que entre uno y tres de cada diez adultos mayores utilizan benzodiacepinas de forma regular; en Europa, por ejemplo, se ha descrito una prevalencia promedio de 14,9 % en población comunitaria, alcanzando hasta un tercio de los adultos mayores en determinados países (4). Esta tendencia también se evidencia en la atención primaria, donde se ha encontrado consumo de benzodiacepinas en cerca del 20% de pacientes geriátricos ambulatorios, asociado significativamente con la presencia de insomnio ($p < 0,001$) (5).

El uso extendido de ansiolíticos en la población geriátrica constituye una preocupación relevante desde la perspectiva farmacológica y de la salud pública. Los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, como la disminución del metabolismo hepático y de la depuración renal, incrementan la sensibilidad a las benzodiacepinas y favorecen su acumulación, lo que aumenta el riesgo de eventos adversos. El uso prolongado de estos fármacos se ha asociado con deterioro cognitivo, delirium, inestabilidad postural, caídas, fracturas y desarrollo de dependencia física. A pesar de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras, como las intervenciones no farmacológicas para el insomnio, las benzodiacepinas continúan siendo ampliamente prescritas en este grupo etario (6). Esta situación configura un problema de alcance global, ya que los trastornos del sueño en el adulto mayor persisten y, con frecuencia, son abordados mediante tratamientos farmacológicos que podrían, a largo plazo, deteriorar la calidad del sueño y la salud integral del paciente (2).

En el contexto peruano, esta problemática adquiere especial relevancia. El país cuenta con más de 4,14 millones de personas de 60 años a más, como resultado del aumento sostenido de la esperanza de vida, lo que se traduce en una mayor carga de enfermedades crónicas y trastornos asociados al envejecimiento. De acuerdo con datos oficiales, el 77,9 % de los adultos mayores presenta al menos un problema crónico de salud (7). Dentro de este escenario, los trastornos de salud mental ocupan un lugar significativo: aproximadamente el 10 % de los adultos mayores urbanos manifiesta síntomas relevantes de ansiedad, frecuentemente asociados a depresión y soledad. Sin embargo, la cobertura de atención especializada en salud mental es limitada, estimándose que hasta el 85 % de quienes requieren este tipo de cuidados no los reciben oportunamente. Esta brecha asistencial favorece la automedicación y la prescripción crónica de fármacos sedantes en el primer nivel de atención como respuesta rápida a los síntomas de ansiedad e insomnio (8).

Aunque la evidencia nacional sobre trastornos del sueño en adultos mayores es aún limitada, se reporta que hasta la mitad de esta población presenta dificultades para iniciar o mantener el sueño de manera habitual, lo que coincide con estimaciones internacionales y confirma la magnitud del problema en el país. En este contexto, el uso de ansiolíticos e hipnóticos se ha convertido en una práctica frecuente. Un estudio realizado en EsSalud Cajamarca evidenció que las benzodiacepinas fueron los psicofármacos más utilizados para el tratamiento del insomnio en adultos mayores, identificándose signos de sobre prescripción en aproximadamente un tercio de los casos evaluados (9). Esta práctica persiste a pesar de que las guías clínicas recomiendan un uso restrictivo y cauteloso de estos fármacos en geriatría, debido al elevado riesgo de efectos adversos (10).

En San Juan de Lurigancho, los adultos mayores del CIAM presentan mayor ansiedad, depresión e insomnio tras la COVID-19. La prescripción prolongada de benzodiacepinas, sin seguimiento adecuado, incrementa riesgos clínicos, por lo que es necesario evaluar su relación con la calidad del sueño para optimizar la atención geriátrica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en adultos mayores?
- ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores?

- ¿Cuál es la relación entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores?
- ¿Cuál es la relación entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en adultos mayores.
- Determinar la relación entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.
- Determinar la relación entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.
- Determinar la relación entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Diversos estudios han demostrado que, si bien los ansiolíticos como las benzodiacepinas pueden inducir el sueño de forma inmediata, su uso prolongado se asocia a efectos adversos como tolerancia, dependencia, deterioro cognitivo, disfunción motora y, paradójicamente, alteración del sueño profundo. En el adulto mayor, la homeostasis del sueño

ya se encuentra comprometida por factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que incrementa la vulnerabilidad frente al uso inadecuado de psicofármacos. Profundizar en esta relación permite ampliar el conocimiento sobre el impacto clínico del tratamiento ansiolítico en la calidad del sueño, aportando evidencia científica local que contribuya a una prescripción racional, al diseño de estrategias terapéuticas seguras y a la mejora de la calidad de vida de esta población, frecuentemente medicalizada y poco monitoreada.

1.4.2. Metodológica

El enfoque cuantitativo del estudio, la relación existente entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores justifica la metodología por la escasa bibliografía nacional que aborde de manera directa y sistemática esta relación, aunque el uso de ansiolíticos y las alteraciones del sueño son condiciones predominantes y clínicamente relevantes en geriatría. Mediante instrumentos estructurados y validados, se espera recolectar información precisa que permita generar evidencia empírica actualizada. Asimismo, el instrumento podrá ser replicado en futuras investigaciones en contextos similares.

1.4.3. Practica

Los principales beneficiarios serán los profesionales de la salud, especialmente médicos, enfermeros y farmacéuticos, quienes contarán con evidencia empírica local que les permitirá tomar decisiones más racionales y seguras en la prescripción y seguimiento de ansiolíticos en esta población vulnerable. Asimismo, los adultos mayores se beneficiarán indirectamente al mejorar su calidad de vida mediante estrategias terapéuticas más adecuadas, evitando efectos adversos derivados del uso prolongado de estos medicamentos. Los gestores de salud pública y los equipos de atención primaria también podrán utilizar los resultados para diseñar protocolos y campañas educativas sobre el uso responsable de psicofármacos.

Finalmente, esta investigación puede servir de base para futuras intervenciones no farmacológicas que promuevan el sueño saludable y el envejecimiento activo en contextos comunitarios.

1.5. Limitaciones de la investigación

La variable uso de ansiolíticos no permitió diferenciar con precisión la intensidad ni el patrón de consumo, lo que limitó la profundidad del análisis y restringió la interpretación clínica de los hallazgos.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Proulx V, et al (11) tuvo como objetivo “examinar cómo el apoyo social se asocia con la calidad del sueño en adultos mayores usuarios de benzodiazepinas”. Fue un estudio transversal cuantitativo con 72 adultos mayores (60–85 años) que utilizaban ansiolíticos benzodiazepínicos de forma crónica, donde se recolectaron datos antes de un programa de retiro gradual de BZD. Se utilizó para medir la calidad del sueño el PSQI y el cuestionario SSQ-6. Se encontró que no existe relación significativa entre el apoyo social y la calidad del sueño, controlado por dosis diaria de BZD, ansiedad y depresión; sin embargo, se observó una correlación significativa entre las disfunciones diurnas (por ejemplo, somnolencia diurna) y la satisfacción con el apoyo social. La conclusión principal fue que el apoyo social no influye de manera significativa en la calidad del sueño de los adultos mayores bajo uso crónico de ansiolíticos, probablemente debido a las alteraciones en el sueño producto del uso prolongado de benzodiazepinas.

Ghadimi S (12), et al. tuvo como objetivo “estimar las tasas de uso de múltiples fármacos benzodiazepínicos en adultos mayores y examinar la asociación entre ese uso

simultáneo y las características del sueño”. Se aplicaron encuestas telefónicas a 793 adultos mayores (≥ 55 años) con prescripción de al menos un ansiolítico o hipnótico (alprazolam, clonazepam, lorazepam, temazepam o zolpidem) en centros de salud de California. Se identificó que un 13,9% utilizaba múltiples medicamentos, comúnmente alprazolam o lorazepam con zolpidem. El 68% reportó tener mala calidad del sueño y con respecto a la eficiencia fue baja (67,7%). El análisis mostró que los usuarios de múltiples fármacos presentaban una probabilidad 9,8% mayor de tener mala calidad de sueño en comparación con quienes tomaban un solo medicamento ($p = 0,03$). No se hallaron diferencias significativas en otros parámetros del sueño. Se concluyó que la polifarmacia ansiolítica no mejora el sueño y podría incluso perjudicarlo levemente en esta población.

Allary A, et al. (13) tuvo como objetivo “examinar cómo el cambio en el uso de benzodiazepinas se vincula con cambios en la intensidad de síntomas depresivos, la preocupación y la calidad del sueño a lo largo de 16 meses”. Se incluyó a 73 adultos mayores (≥ 60 años) en un programa de suspensión de benzodiazepinas (BZD) de 4 meses, con evaluaciones hasta los 12 meses posteriores. Se evaluó la reducción del uso en mg/día y se aplicaron regresiones múltiples jerárquicas. A corto plazo, una mayor disminución del uso de BZD se asoció con un empeoramiento transitorio del sueño, que desapareció a los 3 y 12 meses. A largo plazo, esta reducción se asoció significativamente con una disminución de los síntomas depresivos, sin cambios en los niveles de preocupación. Se concluye que la interrupción sostenida del uso de BZD mejora el estado depresivo sin afectar negativamente la calidad del sueño en adultos mayores.

Nacionales

Lavado I, et al. (14) tuvieron como objetivo “determinar el nivel de estrés y prescripción de medicamentos ansiolíticos en el adulto mayor post pandemia en la Ciudad de

Huancayo.” Este estudio descriptivo, no experimental y de corte transversal evaluó a 352 adultos mayores en Huancayo. Se utilizó la escala EEP-10 para medir el estrés y se recopiló información sobre la prescripción de ansiolíticos. Los resultados indicaron un nivel de estrés alto (promedio de 1.84 en la escala EEP-10), con una mayor prevalencia en mujeres. Los ansiolíticos más utilizados fueron clonazepam, alprazolam y diazepam, los cuales se asociaron con sensaciones de fatiga, depresión y apatía. La prescripción fue realizada principalmente por médicos. Se concluye que existe una alta prevalencia de estrés en adultos mayores post pandemia, con un uso significativo de ansiolíticos que podrían afectar la calidad del sueño.

Álvarez E. (15) tuvo como objetivo “determinar la prevalencia del uso de ansiolíticos según recetas atendidas en Boticas Mifarma de Chimbote, diciembre 2019 - septiembre 2020.” Este estudio descriptivo y transversal analizó 153 recetas médicas de adultos mayores. Los resultados mostraron una prevalencia del 60.1% en el uso de ansiolíticos, siendo clonazepam (41.3%) y alprazolam (40.2%) los más prescritos. El consumo fue mayor en mujeres (60.9%) y se asoció principalmente con diagnósticos de ansiedad (41.3%) y depresión crónica (34.8%). Se concluye que existe una alta prevalencia en la prescripción de ansiolíticos en adultos mayores, lo que podría tener implicancias en la calidad del sueño de esta población.

Maurologoitia M. (16) tuvo como objetivo “determinar la relación entre la calidad de sueño y el riesgo de caídas en los adultos mayores del Centro de Salud de Vitarte, 2022.” Este estudio observacional, descriptivo y transversal utilizó el índice de PSQI y un cuestionario para medir el riesgo de caídas. Encontró que los adultos mayores que poseen mayor riesgo de caídas son aquellos que tienen mala calidad del sueño. Se concluye que es importante considerar la calidad del sueño en la prevención de caídas en adultos mayores (16).

Portocarrero E. (17) tuvo como objetivo “determinar la relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo,

Perú – 2020.” Este estudio cuantitativo, correlacional y transversal evaluó a adultos mayores utilizando el índice de PSQI y el cuestionario de WHOQOL-BREF. Encontró que una mala calidad del sueño afecta la calidad de vida de manera significativa, esto se refleja en las dimensiones física y emocional. Se concluye que mejorar la calidad del sueño podría tener un impacto positivo en la calidad de vida de los adultos mayores (17).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Uso de ansiolíticos

Administración farmacológica de medicamentos ansiolíticos (principalmente benzodiacepinas o análogos) indicados para controlar síntomas de ansiedad o trastornos del sueño en adultos mayores. Los ansiolíticos se definen como fármacos psicotrópicos heterogéneos capaces de aliviar o suprimir los síntomas característicos de la ansiedad (18).

2.2.2. Clasificación farmacológica de los ansiolíticos

Desde el punto de vista farmacológico, los ansiolíticos se agrupan en tres categorías principales:

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas constituyen el grupo de ansiolíticos más importante y ampliamente utilizado en la práctica clínica actual (19). Estos fármacos son moduladores positivos del receptor GABA A y potencian el efecto del neurotransmisor inhibitorio GABA, lo cual produce efectos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, anticonvulsivantes y miorelajantes. Su inicio de acción es rápido y resultan muy eficaces para aliviar la ansiedad aguda, el insomnio asociado a ansiedad y las crisis de pánico. Sin embargo, presentan un alto riesgo de tolerancia y dependencia con uso prolongado, por lo que se recomienda restringir su empleo al corto plazo y en la menor dosis efectiva posible (20).

Ansiolíticos no benzodiacepínicos

Este grupo incluye fármacos ansiolíticos con mecanismos de acción distintos a las benzodiacepinas, siendo la buspirona el representante más utilizado en la actualidad. La buspirona es un agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A} de serotonina, eficaz en el manejo del trastorno de ansiedad generalizada. A diferencia de las benzodiacepinas, no ejerce efectos sedantes significativos ni presenta riesgo de adicción o síndrome de abstinencia. Su efecto terapéutico tarda entre 2 y 4 semanas en manifestarse, por lo que no es útil para controlar crisis agudas de ansiedad; sin embargo, ofrece la ventaja de un mejor perfil de seguridad, siendo apropiada en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias o en adultos mayores (21).

Fármacos adyuvantes con acción ansiolítica

Existen otros fármacos que, sin ser ansiolíticos puros, poseen efectos ansiolíticos y se emplean como coadyuvantes en el tratamiento de la ansiedad. Destacan los antidepresivos inhibidores de la serotonina y noradrenalina, son considerados tratamientos de primera línea para trastornos de ansiedad crónicos por su eficacia. También se emplean anticonvulsivantes como pregabalina, antihistamínicos como hidroxizina y betabloqueadores como propranolol para síntomas físicos. En casos resistentes, se pueden añadir antipsicóticos atípicos como quetiapina en dosis bajas. Las benzodiacepinas se reservan como segunda línea por sus riesgos. En cambio, los antidepresivos y adyuvantes presentan mejor perfil de seguridad y eficacia a largo plazo para el manejo de la ansiedad. (22).

2.2.3. Mecanismo de acción de los ansiolíticos

Las benzodiacepinas al unirse a un sitio específico en la interfaz de las subunidades α y γ del receptor GABA A, aumentan la afinidad del neurotransmisor GABA por el receptor, lo que incrementa la salida del cloro y provoca la hiperpolarización de la membrana neuronal. Este efecto potencia la inhibición sináptica mediada por GABA y produce las propiedades

ansiolíticas, sedantes, anticonvulsivantes y miorrelajantes de las benzodiacepinas (23). Cabe destacar que existen ansiolíticos no benzodiacepínicos con mecanismos distintos: por ejemplo, la bupiriona es un agonista parcial de los receptores 5-HT_{1A} serotoninérgicos (presinápticos y postsinápticos), lo que modula crónicamente la actividad de la serotonina para aliviar la ansiedad sin ocasionar sedación significativa ni riesgo de dependencia. A diferencia de las benzodiacepinas, la bupiriona no actúa sobre receptores GABA A, y por su mecanismo dual serotoninérgico-dopaminérgico se considera una alternativa segura en especial para trastornos de ansiedad de curso crónico en el adulto mayor (22).

2.2.4. Farmacocinética y farmacodinamia en el adulto mayor

El envejecimiento produce cambios farmacocinéticos que alteran el manejo de los fármacos ansiolíticos. En adultos mayores se observa una disminución del metabolismo hepático oxidativo y de la excreción renal, lo que prolonga la vida media de muchos fármacos. Por ejemplo, ciertas benzodiacepinas metabolizadas por vías oxidativas (como *diazepam* o *flurazepam*) pueden alcanzar vidas medias de hasta 96 horas en pacientes de edad avanzada, favoreciendo su acumulación con el uso crónico. Además, con la edad se incrementa la cantidad de tejido adiposo y disminuye el agua total, incrementando el volumen de distribución de fármacos liposolubles como las benzodiacepinas y prolongando su eliminación (24). Estos cambios obligan a ajustar las dosis en ancianos y preferir ansiolíticos con metabolismo más simple (*lorazepam* u *oxazepam*, que se eliminan por glucuronidación) (25). En cuanto a la farmacodinamia, los adultos mayores presentan mayor sensibilidad a los efectos depresores del SNC de los ansiolíticos (26). La misma concentración plasmática de una benzodiacepina puede producir una respuesta más intensa en un paciente geriátrico que en uno joven, debido a cambios relacionados con la edad en la densidad y función de los receptores y en la reserva homeostática del sistema nervioso (27). En la práctica, esto se traduce en que los ancianos son más propensos a la sedación excesiva, confusión, inestabilidad postural y delirium con dosis

habituales de benzodiacepinas, por lo que se recomienda iniciar tratamientos ansiolíticos en geriatría con dosis más bajas y monitorear estrechamente la respuesta clínica (28).

2.2.5. Indicaciones terapéuticas de los ansiolíticos en geriatría

En el paciente geriátrico, las benzodiacepinas y otros ansiolíticos se emplean en indicaciones específicas y de corta duración, dado su perfil de riesgo. La principal indicación es el tratamiento de los trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada o crisis de pánico, especialmente cuando se requiere alivio sintomático rápido. Asimismo, se utilizan con frecuencia como hipnóticos de corto plazo para el insomnio grave que no responde a medidas higiénicas (aunque en ancianos se prefieren medidas no farmacológicas y fármacos con menor impacto cognitivo) (26). Otras indicaciones puntuales incluyen el manejo agudo de cuadros convulsivos (uso de *lorazepam* o *diazepam* en estatus epiléptico), la sedación preoperatoria o control breve de agitación psicomotora severa, y el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica, situaciones en las que las benzodiacepinas han demostrado eficacia. Sin embargo, en todos los casos se procura que el uso en adultos mayores sea por el menor tiempo posible. Las guías internacionales desaconsejan la terapia prolongada con benzodiacepinas en ancianos: por ejemplo, la Agencia Española del Medicamento indica que no se utilicen más de 4 semanas para insomnio ni más de 3 meses para trastornos de ansiedad (incluyendo el período de retirada gradual) (28). Más allá de estas indicaciones acotadas, el empleo crónico de ansiolíticos en gerontología se considera inapropiado, y se privilegian alternativas como la terapia cognitivo-conductual y antidepresivos ISRS/ISRSN para el manejo a largo plazo de la ansiedad crónica (24).

2.2.6. Riesgos y efectos adversos asociados al uso prolongado de ansiolíticos

El uso prolongado de benzodiacepinas en adultos mayores implica riesgos significativos. Con el tiempo, el cuerpo desarrolla tolerancia, reduciendo la eficacia del

fármaco e impulsando incrementos de dosis, lo que puede derivar en dependencia y síndrome de abstinencia al suspenderlo (28). Además, su uso crónico se asocia con deterioro cognitivo (amnesia anterógrada, confusión, somnolencia diurna), descoordinación motora y mareos, lo que incrementa el riesgo de caídas y fracturas en personas mayores (26). A nivel del sueño, estas sustancias alteran su arquitectura, aumentando las fases superficiales y disminuyendo el sueño profundo y REM, lo que afecta su calidad reparadora y la consolidación de la memoria (psiquiatria.com). Incluso, algunos estudios han reportado una posible asociación entre el uso crónico de benzodiacepinas y mayor riesgo de demencia, aunque la causalidad sigue en discusión (29). Por ello, su uso en geriatría debe ser prudente, limitado y complementado con intervenciones más seguras como la psicoterapia y otras opciones farmacológicas (26).

2.2.7. Prescripción y automedicación en adultos mayores

Los adultos mayores suelen estar expuestos a la polifarmacia debido a la presencia de múltiples comorbilidades. Estudios muestran que más del 90% de las personas mayores de 65 años toman al menos un medicamento recetado y alrededor del 66% consumen tres o más fármacos mensualmente (30). Este elevado número de prescripciones incrementa el riesgo de interacciones medicamentosas y eventos adversos, riesgo que se agrava cuando existe automedicación concomitante. En los adultos mayores la automedicación presenta un mayor riesgo porque, al contar con enfermedades crónicas y tratamientos establecidos, el uso de fármacos por cuenta propia puede generar interacciones farmacológicas perjudiciales que deriven en daño clínico. Las causas que llevan al adulto mayor a automedicarse son diversas (por ejemplo, motivos económicos o dificultad de acceso a servicios de salud), pero esta práctica conlleva riesgos potencialmente fatales, incluyendo toxicidad medicamentosa, enmascaramiento de enfermedades subyacentes, resistencia a fármacos y disminución de la efectividad terapéutica (31).

2.2.8. Uso inapropiado de ansiolíticos según Criterios de Beers

Los Criterios de Beers, actualizados por la American Geriatrics Society, clasifican a las benzodiacepinas como medicamentos potencialmente inapropiados para adultos mayores, debido a su asociación con deterioro cognitivo, caídas, fracturas y delirio, agravados por una mayor sensibilidad y metabolismo enlentecido en esta población (32). Por ello, se recomienda usarlas solo en indicaciones estrictamente necesarias, con la dosis mínima y por periodos breves. Las guías clínicas actuales, incluyendo Beers 2022, sugieren evitar su uso más allá de 4 semanas, ya que los riesgos superan los beneficios. Incluso cuando su uso es inevitable, debe administrarse a la mitad de la dosis habitual en adultos jóvenes y considerarse alternativas más seguras (33).

2.2.9. Concepto de calidad del sueño

Se define como el grado en que el descanso nocturno resulta reparador, continuo y satisfactorio, permitiendo un adecuado funcionamiento diurno, más allá de la sola duración del sueño. En este sentido, no basta con alcanzar un número determinado de horas de descanso si el sueño es superficial, fragmentado o interrumpido, ya que ello impide la consolidación de las fases profundas y restauradoras del sueño. Por el contrario, una buena calidad del sueño se manifiesta en un despertar con sensación de descanso, adecuada alerta diurna y ausencia de somnolencia excesiva (34).

Este concepto es inherentemente multidimensional e integra la latencia de inicio del sueño, la capacidad de mantenerlo sin despertares frecuentes, una duración suficiente y una adecuada eficiencia del sueño. Asimismo, incorpora la ausencia de repercusiones diurnas negativas, como fatiga, somnolencia o deterioro cognitivo. En conjunto, estos componentes reflejan la percepción subjetiva de la calidad del sueño y su impacto funcional (35). La National Sleep Foundation identifica como parámetros centrales para su evaluación la latencia del sueño,

los despertares nocturnos, el tiempo despierto tras dormirse y la eficiencia del sueño, dimensiones especialmente relevantes en la población adulta mayor (36).

2.2.10. Cambios fisiológicos del sueño en el envejecimiento

Los cambios fisiológicos están asociados a modificaciones en el armazón y regulación del sueño, sin que ello implique una menor necesidad fisiológica de descanso. En los adultos mayores, el sueño tiende a volverse más ligero, fragmentado y menos eficiente, con incremento de los despertares nocturnos y reducción del tiempo total efectivamente dormido (37). A nivel neurofisiológico, se observa una disminución del sueño profundo (fase N3) y un aumento del sueño superficial (fases N1 y N2), mientras que la fase REM se mantiene relativamente estable, aunque con mayor fragmentación (38).

Estos cambios se acompañan con frecuencia de un adelanto del ritmo circadiano, caracterizado por somnolencia precoz y despertares matutinos tempranos. Como consecuencia, muchos adultos mayores refieren un sueño no reparador y mayor somnolencia vespertina. Si bien estos cambios forman parte del envejecimiento normal, su interacción con comorbilidades crónicas y el uso de ansiolíticos e hipnóticos, particularmente benzodiazepinas y fármacos Z, puede acentuar la alteración del sueño y deteriorar su calidad global. La evidencia muestra que una mala calidad del sueño en esta etapa se asocia con peor estado de ánimo, deterioro cognitivo y disminución de la calidad de vida (39).

2.2.11. Dimensiones de la Calidad del sueño

Eficiencia y duración del sueño

Corresponde a la proporción del tiempo en cama que el individuo pasa realmente durmiendo, mientras que la duración se refiere al número total de horas de sueño alcanzadas. Ambas dimensiones constituyen indicadores clave de la calidad del sueño, junto con la latencia y la fragmentación nocturna (40). En los adultos mayores, los cambios fisiológicos propios del

envejecimiento reducen la eficiencia y la duración del sueño, favoreciendo un descanso más superficial y fragmentado (41). Según diversos estudios un 30% de los adultos mayores duermen menos de siete horas por noche de manera habitual, por debajo de las recomendaciones generales (42).

Trastornos del sueño

Más del 50 % de los adultos mayores reporta dificultades para iniciar o mantener el sueño, y aproximadamente una cuarta parte presenta insomnio crónico (43). Esta condición se vincula estrechamente con el uso de ansiolíticos e hipnóticos, especialmente benzodiazepinas y fármacos Z, prescritos para aliviar los síntomas nocturnos. Otros trastornos relevantes incluyen la apnea obstructiva del sueño, el síndrome de piernas inquietas y el trastorno de conducta del sueño REM, cuya presencia se ve agravada por la polifarmacia y las comorbilidades médicas propias de la vejez (41).

Consecuencias diurnas

En adultos mayores, un sueño deficiente se asocia con somnolencia diurna, fatiga persistente, deterioro de la atención y la memoria, así como mayor riesgo de desorientación y delirium (42). Estas alteraciones incrementan el riesgo de caídas y accidentes, especialmente cuando coexisten con el uso de ansiolíticos e hipnóticos que deprimen el sistema nervioso central. A nivel emocional, el insomnio crónico se relaciona con irritabilidad, síntomas depresivos y mayor vulnerabilidad a trastornos del estado de ánimo (43).

2.2.12. Instrumentos para evaluar la calidad del sueño (PSQI)

El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) es el más utilizado a nivel internacional. Este cuestionario autoaplicado consta de 19 ítems que evalúan siete componentes del sueño, incluyendo calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de

medicación para dormir y disfunción diurna, permitiendo obtener una puntuación global representativa del último mes (44).

El PSQI ha demostrado adecuada consistencia interna y validez en múltiples poblaciones, incluyendo adultos mayores, y es considerado un instrumento de referencia para la evaluación subjetiva del sueño (44,45). La disponibilidad de versiones validadas en español, incluido el contexto peruano, respalda su uso como herramienta confiable para estudios en población geriátrica.

2.2.13. Repercusiones de una mala calidad del sueño en la salud geriátrica

La mala calidad del sueño en adultos mayores se asocia con consecuencias clínicas relevantes. En el ámbito cognitivo, se vincula con alteraciones de la memoria, la atención y un mayor riesgo de deterioro cognitivo leve y demencia (45,46). Desde el punto de vista emocional, incrementa la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés, afectando negativamente la calidad de vida (45). Asimismo, el sueño no reparador contribuye al desarrollo del síndrome de fragilidad geriátrica, incrementa el riesgo de caídas y se asocia con mayor morbilidad (47,48). Estas repercusiones adquieren especial relevancia cuando coexiste el uso prolongado de ansiolíticos e hipnóticos).

2.14. Relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño

Los ansiolíticos e hipnóticos, particularmente benzodiacepinas y fármacos Z, mantiene una relación compleja y ambivalente con la calidad del sueño en adultos mayores. Si bien estos fármacos pueden ser eficaces a corto plazo para inducir el sueño y reducir despertares nocturnos, su uso prolongado se asocia con alteraciones de la arquitectura del sueño, especialmente la reducción del sueño profundo y restaurador (49). Esta cronificación favorece el desarrollo de tolerancia y dependencia, además de incrementar el riesgo de deterioro cognitivo, alteraciones psicomotoras, caídas y síndrome confusional.

La evidencia reciente señala que el uso crónico de ansiolíticos e hipnóticos puede desregular los mecanismos fisiológicos del sueño, generando un efecto paradójico caracterizado por una menor calidad global del descanso, a pesar de una aparente mejora inicial de los síntomas (50). En este contexto, resulta fundamental evaluar de manera crítica su impacto real sobre la calidad del sueño en la población geriátrica, especialmente en escenarios de uso prolongado y sin seguimiento clínico adecuado.

2.3. Formulación de la hipótesis

Hipótesis general

H₁: El uso de ansiolíticos se relaciona de manera significativa con la calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM de San Juan de Lurigancho durante el año 2026.

H₀: El uso de ansiolíticos no se relaciona de manera significativa con la calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM de San Juan de Lurigancho durante el año 2026.

Hipótesis específicas

H1: El tipo de ansiolítico empleado presenta una relación significativa con la calidad del sueño en adultos mayores.

H1: La frecuencia de uso de ansiolíticos muestra una relación significativa con la calidad del sueño en adultos mayores.

H1: El tiempo de tratamiento con ansiolíticos se relaciona significativamente con la calidad del sueño en adultos mayores.

H1: La vía de obtención de ansiolíticos presenta una relación significativa con la calidad del sueño en adultos mayores.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Hipotético - deductivo, el cual parte de una hipótesis general sobre la relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño (51).

3.2. Enfoque del estudio

El presente estudio adoptó un enfoque cuantitativo, ya que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos para medir las variables (51).

3.3. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo básico, ya que se busca profundizar y actualizar el conocimiento sobre las variables, sin buscar una solución al problema (51).

3.4. Diseño de investigación

3.4.1. Corte: No experimental - transversal.

3.4.2. Alcance: Descriptivo - Correlacional.

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: La población fue de 400 adultos mayores que asistieron al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) durante el periodo comprendido entre febrero y marzo de 2026. Esta población corresponde a la población accesible dentro del ámbito del CIAM y

representa a los adultos mayores que acuden de manera efectiva a dicho establecimiento para recibir actividades y servicios de atención integral.

Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores con edad igual o superior a 60 años.
- Usuarios que acudieron al CIAM durante el periodo establecido para la investigación.
- Consientan voluntariamente participar en la investigación.
- Que tengan capacidad cognitiva para responder el cuestionario.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de demencia moderada o severa u otra condición neuropsiquiátrica que imposibilite la comprensión del instrumento.
- Adultos mayores que estén en estado agudo o crítico de salud física o mental.
- Aquellos que no completen la encuesta o abandonen el estudio antes de tiempo.

Muestra

Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas para hallar la muestra, considerando un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$), una proporción esperada de $p = 0,50$ que representa la máxima variabilidad, su complemento $q = 0,50$ y un margen de error permitido de $e = 0,05$.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{400 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (400 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 197 \text{ usuarios}$$

Muestreo

Se realizó un muestreo por conveniencia.

3.6. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Uso de ansiolíticos	Consumo de medicamentos psicotrópicos (benzodiazepinas u otros ansiolíticos) prescritos o automedicados para el manejo de ansiedad e insomnio en adultos mayores (21).	Se medirá mediante cuestionario estructurado aplicado al adulto mayor, con preguntas cerradas sobre características del consumo de ansiolíticos en los últimos 3 meses.	Tipo de ansiolítico	Clasificación	Nominal	1 = Benzodiazepina 2 = No benzodiazepinas
			Frecuencia de uso	Baja frecuencia Alta frecuencia	Ordinal	1 = 1–4 veces/semana 2 = 5–7 veces/semana
			Tiempo de tratamiento	Corto Prolongado	Ordinal	1 = hasta 3 meses 2 = más de 3 meses
			Vía de obtención	Fuente principal del fármaco	Nominal	1 = Prescripción médica 2 = Sin prescripción médica

3.7. Técnica e Instrumento

3.7.1. Técnica

La aplicación de la encuesta (técnica) fue de forma personal y asistida, garantizando la adecuada comprensión de cada ítem del instrumento (cuestionario), especialmente en los casos en que el participante presente dificultades visuales, auditivas o de alfabetización funcional, asimismo, antes de iniciar la encuesta se solicitó el consentimiento formado.

3.7.2. Descripción de Instrumento

El cuestionario se organizó en tres secciones:

1) Datos sociodemográficos y clínicos: edad, sexo, nivel educativo, estado civil y comorbilidades conocidas.

2) Variable 1: Uso de ansiolíticos

Se incluyó ítems elaborados por el investigador, orientados a caracterizar el patrón de consumo, según las dimensiones del estudio:

Ítems diseñados por el investigador, orientados a identificar:

- Tipo de ansiolítico consumido
- Frecuencia de uso semanal.
- Tiempo de tratamiento acumulado.
- Vía de obtención (prescripción médica o automedicación).

3) Variable 2: Calidad del sueño (PSQI)

La calidad del sueño entendida como el grado en que el descanso nocturno es reparador, suficiente y continuo, permitiendo un adecuado funcionamiento diurno se medirá mediante el

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), validado internacionalmente y disponible en versión en español, con periodo de referencia de los últimos 30 días (45).

El PSQI comprende 18 ítems de auto aplicación organizados en siete componentes. La puntuación total resulta de la suma de estos componentes y oscila entre 0 y 21 puntos; a mayor puntaje, peor calidad del sueño. Para la interpretación del resultado global se utilizará el punto de corte estándar:

Para el presente estudio, el puntaje global del PSQI (0–21) se analizará bajo una escala de medición ordinal y se interpretará de acuerdo con la escala valorativa adaptada en la operacionalización, de la siguiente manera:

Puntaje	Escala valorativa
0 - 4	Sin problemas
5 - 7	Merece atención médica
8 - 14	Merece tratamiento médico
≥ 15	Problema grave

Asimismo, con fines analíticos, los ítems del PSQI se agruparán en tres dimensiones, de acuerdo con la matriz de operacionalización del estudio:

- Eficiencia y duración del sueño
- Trastornos del sueño
- Consecuencias diurnas

3.7.3. Validez

Se aplicó la técnica del juicio de expertos por tres docentes con grado de maestría o doctorado, los expertos evaluaron la claridad, pertinencia y coherencia de cada ítem.

3.7.4. Confiabilidad

Se realizó una prueba piloto aplicado a 20 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión pero que no formaron parte de la muestra final. Para obtener el valor de la confiabilidad se aplicó el Alfa de Cronbach aplicando el programa estadístico SPSS 26, que mide la consistencia interna del instrumento en su conjunto y de sus dimensiones, el valor que obtenido fue de 0,92, lo cual indica que el instrumento para medir la calidad del sueño es excelente.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos fueron revisados y depurados para garantizar su integridad y coherencia. Posteriormente, se realizó el procesamiento digital a través del SPSS 26, que permitió la codificación, tabulación y análisis estadístico. En una primera etapa, se aplicó estadística descriptiva para caracterizar a la población según variables sociodemográficas y clínicas, empleando frecuencias absolutas, porcentajes, según corresponda al tipo de variable. En la segunda etapa, se utilizará estadística inferencial, dado que las variables son de tipo ordinal y nominal, y no se presume distribución normal, se aplicó la prueba de Chi cuadrado (escala ordinal y nominal) y Tau-c de Kendall (escalas ordinales). El nivel que se consideró para la significancia del p valor fue menor a 0,05.

3.9. Aspectos éticos

El estudio se rigió por los principios bioéticos: autonomía, confidencialidad, no maleficencia y justicia, según la Declaración de Helsinki. Esto implicó obtener consentimiento informado, asegurando que los adultos mayores participen voluntariamente tras conocer los objetivos, riesgos y beneficios. Se resguardó su privacidad y confidencialidad. La investigación solo se realizó si sus beneficios superan los posibles daños, y los investigadores protegieron la integridad y salud de los participantes (52). Además, se garantizó una selección justa e

inclusiva. En el Perú, la RM N° 233-2020-MINSA refuerza estos lineamientos éticos, y el INS exige evaluación por comités de ética y protección especial en poblaciones vulnerables (53). Así, se buscó asegurar el respeto, la equidad y la transparencia en el proceso investigativo.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo

Tabla 1

Caracterización de la muestra de estudio.

		N	%
Edad (años)	60 - 64	46	23,4
	65 - 69	56	28,4
	70 - 74	61	31,0
	75 - 79	23	11,7
	80 a más	11	5,6
Sexo	Masculino	67	34,0
	Femenino	130	66,0
Estado civil	Soltero	31	15,7
	Casado	52	26,4
	Conviviente	19	9,6
	Viudo	78	39,6
	Divorciado	17	8,6
Nivel educativo	Sin estudios	10	5,1
	Primaria	46	23,4
	Secundaria	108	54,8
	Técnico superior	31	15,7
	Universitario	2	1,0
Total		197	100

Interpretación

En la tabla 1, se observó en cuanto a la edad, predominó el grupo de 70 a 74 años con 61 participantes (31,0%). Respecto al sexo, se observó un claro predominio del femenino, con 130 participantes (66,0%). Según el estado civil, la categoría más frecuente fue viudo(a), con 78 participantes (39,6%). En relación con el nivel educativo, predominó la secundaria, con 108 participantes (54,8%), seguida de primaria, con 46 (23,4%).

4.1.2. Prueba de hipótesis

Si el p valor es menor a 0,05 se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

Tabla 2

Relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores

	Calidad del sueño				Total N (%)	p - valor (V de Cramer)
	Sin problemas	Merece atención médica	Merece tratamiento médico	Problema grave		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
No usa	29 (14,7)	37 (18,8)	42 (21,3)	7 (3,6)	115 (58,4)	0,282 (0,293)
Sí usa	12 (6,1)	27 (13,7)	38 (19,3)	5 (2,5)	82 (41,6)	
	41 (20,8)	64 (32,5)	80 (40,6)	12 (6,1)	197 (100)	

Nota. Porcentajes calculados respecto al total general de la muestra (N = 197). Prueba de chi-cuadrado.

Interpretación

Se observó en la tabla 2 que de 197 asistentes al CIAM, 115 (58,4%) no usaban ansiolíticos y 82 (41,6%) sí los usaban. En el grupo que no empleaba ansiolíticos, predominó la categoría “merece tratamiento médico”, con 42 participantes (21,3%) y “problema grave”, con 7 (3,6%). De manera similar, entre quienes sí usaban ansiolíticos también predominó la categoría “merece tratamiento médico”, con 38 participantes (19,3%) y “problema grave”, con 5 (2,5%). En términos globales, la categoría más frecuente fue “merece tratamiento médico”, con 80 participantes (40,6%), seguida de “merece atención médica”, con 64 (32,5%), mientras que

“problema grave” fue la menos frecuente, con 12 (6,1%). No obstante, el análisis inferencial mostró que no existió una relación estadísticamente significativa entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en los adultos mayores estudiados ($p = 0,282$).

Tabla 3

Relación entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en adultos mayores

	Calidad del sueño				Total N (%)	p - valor (V de Cramer)
	Sin problemas	Merece atención médica	Merece tratamiento médico	Problema grave		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Benzodiazepinas	12 (14,6)	19 (23,2)	26 (31,7)	0 (0)	57 (69,5)	0,001 (0,451)
No benzodiazepinas	0 (0)	8 (9,8)	12 (14,6)	5 (6,1)	25 (30,5)	
	12 (14,6)	27 (32,9)	38 (46,3)	5 (6,1)	82 (100)	

Nota. Porcentajes calculados respecto al total general del subgrupo analizado (N = 82). Prueba de chi-cuadrado.

Interpretación

En la tabla 3, se observó que, de los 82 participantes que usaban ansiolíticos, 57 (69,5%) consumían benzodiazepinas y 25 (30,5%) no benzodiazepinas. Entre los usuarios de benzodiazepinas, predominó la categoría “merece tratamiento médico”, con 26 participantes (31,7%) y no se registraron casos en la categoría “problema grave”. En contraste, entre quienes utilizaban no benzodiazepinas también predominó la categoría “merece tratamiento médico”, con 12 participantes (14,6%), sin registrarse casos en la categoría “sin problemas”. En términos globales, la categoría de calidad del sueño más frecuente fue “merece tratamiento médico”, con 38 participantes (46,3%), seguida de “merece atención médica”, con 27 (32,9%). El análisis inferencial evidenció que existió una relación estadísticamente significativa entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en los adultos mayores estudiados ($p = 0,001$), mientras que la magnitud de asociación, medida mediante el V de Cramer, fue moderada (0,451).

Tabla 4

Relación entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores

	Calidad del sueño				Total	p - valor (Tau-c de Kendall)
	Sin problemas	Merece atención médica	Merece tratamiento médico	Problema grave		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Baja frecuencia	5 (6,1)	11 (13,4)	5 (6,1)	0 (0,0)	21 (25,6)	0,001 (0,310)
Alta frecuencia	7 (8,5)	16 (19,5)	33 (40,2)	5 (6,1)	61 (74,4)	
	12 (14,6)	27 (32,9)	38 (46,3)	5 (6,1)	82 (100)	

Nota. Porcentajes calculados respecto al total general del subgrupo analizado (N = 82). Tau-c de Kendall.

Interpretación

En la tabla 4, se observó que, de los 82 participantes evaluados, 61 (74,4%) presentaron alta frecuencia de uso y 21 (25,6%) baja frecuencia. Entre quienes reportaron baja frecuencia, las categorías más frecuentes fueron “merece atención médica”, con 11 participantes (13,4%), y, en igual proporción, “sin problemas” y “merece tratamiento médico”, con 5 participantes cada una (6,1%). En contraste, entre los adultos mayores con alta frecuencia de uso predominó claramente la categoría “merece tratamiento médico”, con 33 participantes (40,2%), seguida de “merece atención médica”, con 16 (19,5%) y “problema grave”, con 5 (6,1%). En términos globales, la categoría de calidad del sueño más frecuente fue “merece tratamiento médico”, con 38 participantes (46,3%), seguida de “merece atención médica”, con 27 (32,9%). El análisis inferencial evidenció que existió una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en los adultos mayores estudiados ($p = 0,001$); asimismo, el coeficiente Tau-c de Kendall mostró una asociación directa de magnitud baja a moderada ($\tau_c = 0,310$), lo que indicó que a mayor frecuencia de uso de ansiolíticos tendió a observarse una peor calidad del sueño.

Tabla 5

Relación entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores

	Calidad del sueño				Total N (%)	p - valor (Tau-c de Kendall)
	Sin problemas	Merece atención médica	Merece tratamiento médico	Problema grave		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Corto	7 (8,5)	16 (19,5)	19 (23,2)	0 (0,0)	42 (51,2)	0,079 (0,202)
Prolongado	5 (6,1)	11 (13,4)	19 (23,2)	5 (6,1)	40 (48,8)	
	12 (14,6)	27 (32,9)	38 (46,4)	5 (6,1)	82 (100)	

Nota. Porcentajes calculados respecto al total general del subgrupo analizado (N = 82). Tau-c de Kendall.

Interpretación

En la tabla 5, se observó que, de los 82 participantes evaluados, 42 (51,2%) presentaron un tiempo de tratamiento corto y 40 (48,8%) un tiempo prolongado. En el grupo con tratamiento corto, predominó la categoría “merece tratamiento médico”, con 19 participantes (23,2%), seguida de “merece atención médica”, con 16 (19,5%). De manera similar, entre quienes tuvieron un tratamiento prolongado también predominó la categoría “merece tratamiento médico”, con 19 participantes (23,2%), seguida de “merece atención médica”, con 11 (13,4%) y “problema grave”, con 5 (6,1%). En términos globales, la categoría de calidad del sueño más frecuente fue “merece tratamiento médico”, con 38 participantes (46,3%), seguida de “merece atención médica”, con 27 (32,9%). Sin embargo, el análisis inferencial mostró que no existió una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en los adultos mayores estudiados ($p = 0,079$).

Tabla 6

Relación entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores

	Calidad del sueño				Total N (%)	p - valor (V de Cramer)
	Sin problemas	Merece atención médica	Merece tratamiento médico	Problema grave		
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Prescripción médica	12 (14,6)	20 (24,4)	17 (20,7)	5 (6,1)	54 (65,9)	0,001 (0,457)
Sin prescripción médica	0 (0)	7 (8,5)	21 (25,6)	0 (0,0)	28 (34,1)	
	12 (14,6)	27 (32,9)	38 (46,3)	5 (6,1)	82 (100)	

Nota. Porcentajes calculados respecto al total general del subgrupo analizado (N = 82). Prueba de chi-cuadrado

Interpretación

En la tabla 6, se observó que, de los 82 participantes evaluados, 54 (65,9%) obtuvieron los ansiolíticos mediante prescripción médica y 28 (34,1%) sin prescripción médica. Entre quienes accedieron a estos medicamentos por prescripción médica, predominó la categoría “merece atención médica”, con 20 participantes (24,4%), seguida de “merece tratamiento médico” y “problema grave”, con 5 (6,1%). Por su parte, en el grupo que obtuvo ansiolíticos sin prescripción médica predominó la categoría “merece tratamiento médico”, con 21 participantes (25,6%), seguida de “merece atención médica”. En términos globales, la categoría de calidad del sueño más frecuente fue “merece tratamiento médico”, con 38 participantes (46,3%), seguida de “merece atención médica”, con 27 (32,9%). El análisis inferencial evidenció que existió una relación estadísticamente significativa entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en los adultos mayores estudiados ($p = 0,001$), mientras que la magnitud de asociación, estimada mediante el V de Cramer, fue moderada (0,457).

4.1.3. Discusión de resultados

El resultado principal fue que no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores del CIAM ($p = 0,282$; V de Cramer = 0,293); sin embargo, en usuarios y no usuarios predominó la categoría “merece tratamiento médico”. Este hallazgo coincidió parcialmente con Proulx et al., quienes tampoco encontraron asociación significativa entre el apoyo social y la calidad global del sueño en usuarios crónicos de benzodiacepinas, lo que refuerza que el sueño en esta población responde a un fenómeno multifactorial, influido por variables emocionales, comorbilidades y cambios fisiológicos del envejecimiento (11). No obstante, discrepó con Ghadimi et al. y con la base teórica que relaciona la exposición prolongada a benzodiacepinas e hipnóticos con peor calidad del sueño, debido a alteraciones en la arquitectura del sueño y reducción del descanso reparador (49,50). Esta diferencia podría explicarse porque la variable “uso de ansiolíticos” no discriminó tipo, intensidad, duración ni patrón de consumo, limitando la sensibilidad analítica y la interpretación clínica del hallazgo.

En cuanto al tipo de ansiolítico utilizado, se halló una relación estadísticamente significativa con la calidad del sueño ($p = 0,001$; V de Cramer = 0,451). Entre los usuarios de benzodiacepinas predominó la categoría “merece tratamiento médico”, mientras que en quienes consumían no benzodiacepinas se concentraron más casos en “merece tratamiento médico” y “problema grave”. Este resultado fue coherente con el marco teórico, pues las benzodiacepinas actúan rápidamente sobre el receptor GABA-A y producen efectos ansiolíticos e hipnóticos de inicio rápido, a diferencia de los no benzodiacepínicos, como la buspirona, cuyo efecto es más lento y sostenido (19–23). Asimismo, coincidió con Lavado et al. y Álvarez, quienes reportaron una alta prescripción de clonazepam y alprazolam en adultos mayores, confirmando el predominio de benzodiacepinas en la práctica (14,15). No obstante, el hallazgo sugirió que los

usuarios de no benzodiacepinas podrían corresponder a cuadros más complejos, lo que refuerza la necesidad de individualizar la selección terapéutica y monitorizar su impacto sobre el sueño.

Se evidenció entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño una relación significativa ($p = 0,001$; Tau-c de Kendall = 0,310), observándose que la alta frecuencia de consumo se asoció con mayor proporción de adultos mayores en las categorías “merece tratamiento médico” y “problema grave”. Este hallazgo coincidió con Ghadimi et al., quienes señalaron que una mayor exposición ansiolítica no mejoró el sueño y se vinculó con peor calidad del descanso (12). Asimismo, fue coherente con la base teórica que sostiene que el uso repetido de benzodiacepinas favorece tolerancia, dependencia, fragmentación del sueño y disminución de las fases profundas y REM, deteriorando progresivamente el descanso reparador (26,28). En contraste, difirió de Allary et al., quienes reportaron que la reducción sostenida de benzodiacepinas no afectó negativamente la calidad del sueño a largo plazo (13). En términos clínicos, ello sugirió que el uso frecuente puede constituir un marcador de mayor vulnerabilidad terapéutica y justificar vigilancia farmacéutica y de prescripción racional.

En relación con el tiempo de tratamiento con ansiolíticos, no se halló una relación estadísticamente significativa con la calidad del sueño ($p = 0,079$; Tau-c de Kendall = 0,202), aunque descriptivamente el grupo con tratamiento prolongado presentó casos de “problema grave”, ausentes en quienes tenían tratamiento corto. Este hallazgo coincidió parcialmente con Allary et al., quienes señalaron que los cambios en el uso de benzodiacepinas no necesariamente produjeron un deterioro sostenido del sueño a largo plazo (13). Sin embargo, contrastó con la teoría farmacológica y las recomendaciones geriátricas, que advierten que la exposición prolongada favorece acumulación, mayor sensibilidad farmacodinámica, sedación residual, deterioro cognitivo y sueño no reparador, por lo que estos fármacos se consideran potencialmente inapropiados según los Criterios de Beers (32,33). Una posible explicación fue que la duración, analizada de forma aislada, no captó dosis, adherencia, uso intermitente ni

intensidad real de exposición. En consecuencia, la duración terapéutica debió interpretarse junto con el tipo de ansiolítico, la frecuencia de uso y la evolución clínica.

Se encontró entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño una relación significativa ($p = 0,001$; V de Cramer = 0,457), observándose que los adultos mayores que accedían al medicamento sin prescripción médica se concentraron principalmente en la categoría “merece tratamiento médico”, mientras que quienes lo obtenían por prescripción mostraron una distribución más amplia en todas las categorías de sueño. Este hallazgo fue coherente con el marco teórico, que advierte que la automedicación en adultos mayores incrementa el riesgo de interacciones, toxicidad, uso inadecuado y menor efectividad terapéutica, especialmente en contextos de polifarmacia y comorbilidad (30,31). Asimismo, coincidió con Lavado et al., quienes señalaron que la prescripción de ansiolíticos fue realizada principalmente por médicos, lo que sugiere una vía de acceso más segura y controlada (14). No obstante, la persistencia de alteraciones del sueño incluso en usuarios con prescripción indicó que la supervisión médica no garantiza por sí sola un descanso adecuado, aunque sí favorece un uso más racional.

En conjunto, los resultados permitieron sostener que la relación entre uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores no dependió únicamente del uso global del fármaco, sino, sobre todo, de las características específicas del patrón de consumo, especialmente el tipo de ansiolítico, la frecuencia de administración y la vía de obtención. A la luz de los cambios fisiológicos del sueño en el envejecimiento, la mayor susceptibilidad farmacocinética y farmacodinámica del adulto mayor y las repercusiones clínicas de una mala calidad del sueño, estos hallazgos aportaron evidencia relevante para fortalecer la vigilancia farmacoterapéutica en el CIAM, promover la prescripción racional, prevenir la automedicación y priorizar intervenciones no farmacológicas que mejoren el descanso nocturno y la funcionalidad diurna de esta población.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera: No se hallaron evidencias estadísticas suficientes para establecer una relación significativa entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño, aunque predominó la categoría “merece tratamiento médico”.

Segunda: Se encontró relación significativa entre el tipo de ansiolítico y la calidad del sueño; los usuarios de benzodiacepinas y no benzodiacepinas presentaron perfiles diferenciados de alteración del sueño.

Tercera: Se encontró relación significativa entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño; la alta frecuencia se asoció con categorías de mayor deterioro del sueño.

Cuarta: No se encontró relación significativa entre el tiempo de tratamiento y la calidad del sueño; sin embargo, el tratamiento prolongado concentró casos de mayor gravedad clínica.

Quinta: Se encontró relación significativa entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño; la obtención sin prescripción médica se asoció con mayor afectación del descanso.

5.2. Recomendaciones

- En el contexto del CIAM, resulta pertinente que la evaluación del adulto mayor no se limite al antecedente de uso de ansiolíticos, sino que incorpore tamizaje periódico de calidad del sueño, comorbilidades y factores psicosociales, a fin de orientar intervenciones integrales y oportunas.
- La selección del ansiolítico en adultos mayores debe sustentarse en una valoración clínica individualizada, considerando comorbilidades, perfil de seguridad y respuesta terapéutica, con reevaluaciones periódicas que permitan valorar su impacto sobre el sueño y la funcionalidad diurna.
- El hallazgo vinculado a la frecuencia de uso exige fortalecer la vigilancia farmacoterapéutica en quienes consumen ansiolíticos de manera frecuente, promoviendo educación sanitaria, seguimiento continuo y estrategias de deprescripción racional cuando el patrón de consumo sugiera dependencia o deterioro del descanso.
- La duración del tratamiento requiere una revisión sistemática e integral, considerando dosis, frecuencia, respuesta clínica y evolución funcional; asimismo, futuras investigaciones deberían incorporar estas variables para comprender con mayor precisión su efecto sobre la calidad del sueño.
- La vía de obtención de ansiolíticos demanda reforzar acciones orientadas a prevenir la automedicación en adultos mayores, mediante consejería farmacéutica, control de dispensación y derivación oportuna, además de promover estudios que exploren barreras de acceso y adherencia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental de los adultos mayores. Nota descriptiva; 20 de octubre de 2023 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
2. Pradhan R, Saikia D. Prevalence and predictors of insomnia and its treatment-seeking among older adults in India. *J Act Sedentary Sleep Behav*. 2024;3(1):1-6. Disponible en: doi: 10.1186/s44167-024-00044-w
3. Du M, Liu M, Wang Y, Qin C, Liu J. Global burden of sleep disturbances among older adults and the disparities by geographical regions and pandemic periods. *SSM – Population Health*. 2024;25(1):101588. Disponible en: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
4. Lukačšínová A, Reissigová J, Ortner-Hadžiabdić M, et al. Prevalence, country-specific prescribing patterns and determinants of benzodiazepine use in community-residing older adults in 7 European countries. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):240-252. Disponible en: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
5. González B, Salas R, Carrillo L, et al. Insomnio como factor asociado al consumo de benzodiacepinas en pacientes adultos mayores en atención primaria. *Revista de Medicina Tampico*. 2022;18(1):18-25. Disponible en: archivosdemedicina.uat.mx
6. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(7):2052-2081. Disponible en: [gwep.usc.edu](https://www.gwep.usc.edu).
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores. Nota de Prensa N° 12356; 26 de agosto de 2020 Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
8. Flores O, Zevallos A, Carrión I, et al. “We can’t carry the weight of the whole world”: illness experiences among Peruvian older adults with symptoms of depression and anxiety. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):49-54. Disponible en: [ijmhs.biomedcentral.com](https://www.ijmhs.biomedcentral.com)
9. Paredes T. Incidencia de prescripción de psicofármacos para tratamiento del insomnio en adultos mayores atendidos en EsSalud II-Cajamarca, 2021-2022 [Tesis para optar el

- título de Médico Cirujano]. Cajamarca – Perú. Universidad Nacional de Cajamarca; 2023. Disponible en: [repositorio.unc.edu.pe](https://repositorio.unc.edu.pe/repositorio.unc.edu.pe)
10. Celikkayalar E, Airaksinen M, Kivelä SL, Nieminen J, Kleme J, Puustinen J. Are older people aware of potential risks related to benzodiazepines they are taking and has anything changed in risk awareness over ten years? Patient Prefer Adherence. 2021;15:141-147. Disponible en: doi:10.2147/PPA.S280503.
 11. Proulx-Tremblay V, Leclerc-Loiselle J, Hudon C, Boyer R. The relationship between social support and sleep in older benzodiazepine users before a taper: A secondary analysis. Aging & Mental Health. 2020;24(5):778–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30977682/#:~:text=a%20significant%20association%20between%20self,differ%20from%20those%20found%20in>
 12. Ghadimi S, Patel H, Davis M, Sheikh J, Gilbert A. Association of polybenzodiazepine use with sleep quality in older adults: A cross-sectional analysis. Journal of the American Geriatrics Society. 2023;71(5):1123–31. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10830885/#:~:text=Most%20participants%20%2896.5,%E2%89%A5%2090>
 13. Allary A, Boyer R, Hudon C, Leclerc-Loiselle J, Proulx-Tremblay V. Impact of benzodiazepine reduction on sleep, depression, and worry in older adults: A 16-month longitudinal study. International Psychogeriatrics. 2024;36(2):143–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38952209/#:~:text=3,use%20at%20all%20measure%20times>
 14. Lavado I, Zevallos K, Calle M, Zacarias M. Nivel de estrés y prescripción de medicamentos ansiolíticos en el adulto mayor post-pandemia en la ciudad de Huancayo. Revista Visionarios en Ciencia y Tecnología. 2023;8(1):1-8. Disponible en: <https://revistas.uoosevelt.edu.pe/index.php/VISCT/article/view/123/204>
 15. Álvarez E. Prevalencia del uso de ansiolíticos según recetas atendidas en Boticas Mifarma de Chimbote, diciembre 2019 - septiembre 2020 [Tesis para optar el grado de Bachiller en Farmacia Bioquímica]. Chimbote – Perú. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/34096>
 16. Maurologoitia S. Calidad de sueño y su relación con el riesgo de caídas en adultos mayores del Centro de Salud de Vitarte, 2022 [Tesis para optar el grado de Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación]. Lima – Perú. Universidad Privada Norbert Wiener; 2022. Disponible en:

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/38b9a065-d26e-42b8-b5bb-40d8f1848403>

17. Portocarrero M. Calidad de sueño y calidad de vida en integrantes de un Centro del Adulto Mayor de EsSalud Chiclayo, Perú – 2020 [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano]. Chiclayo – Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2021. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4711494>
18. Vaquero R, Calleja A, Villasán J. Ansiolíticos y aumento en su consumo como consecuencia de la COVID-19 y la fatiga pandémica. *FarmaJournal*. 2022;7(1):71-82. Disponible en: <https://revistas.usal.es/cinco/index.php/2445-1355/article/view/28917/27726>
19. Du Bois N, Chávez C. Uso de benzodiacepinas en el adulto mayor: una revisión bibliográfica. *Rev Acad Gente Clave*. 2024;8(2):45-55. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9786624.pdf>
20. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Las benzodiacepinas y los opioides [Internet]. Bethesda (MD): NIDA; c2022 [citado 16 May 2025]. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/opioides/las-benzodiacepinas-y-los-opioides>
21. Popescu Radu DV. Ansiolíticos que actúan sobre el sistema serotoninérgico: buspirona. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2024;2024;5(2):1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9385920>
22. Bandelow B. Current and novel psychopharmacological drugs for anxiety disorders. *Adv Exp Med Biol*. 2020; 11(91):347-365. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32002937/#:~:text=comprehensive%20treatment%20guidelines%2C%20meta,Novel%20treatment%20strategies%20include>
23. Edinoff AN, Nix CA, Hollier J, et al. Benzodiazepines: Uses, Dangers, and Clinical Considerations. *Neurol Int*. 2021;13(4):594-607 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34842811/>
24. Ruscin J, Linnebur S. Farmacocinética en los ancianos. En: *Manual Merck para Profesionales* [Internet]. Merck & Co, Inc.; 2021 [revisado jul 2021; consultado 17 May 2025]. Disponible en: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/geriatr%C3%ADa/farmacoterapia-en-los-ancianos/farmacocin%C3%A9tica-en-los-ancianos>
25. Velert J, Salazar L, Avellana J, Moreno L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración

- médico-farmacéutico. Revista Elsevier. 2012;44(7):402-410. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656711004331>
26. Gómez S, León T, Macuer M, et al. Uso de benzodiazepinas en adultos mayores en América Latina. Rev Med Chil. 2017;145(3):376-385. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000300009#:~:text=En%20adultos%20mayores%20,asociaci%C3%B3n%20con%20el%20desarrollo%20de
 27. Bogunović O, Greenfield S. Use of benzodiazepines among elderly patients. Psychiatric Services. 2004;55(3):233–7. Disponible en: doi: 10.1176/appi.ps.55.3.233
 28. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Recomendaciones sobre la duración de uso de benzodiazepinas en ancianos – Insomnio (<1 mes) y Ansiedad (<3 meses). Atención Primaria. 2012;44(7):397-398. Disponible en: <https://share.google/3ZBkOtrtjKqeZxpDB>
 29. Moreno M, Moreno M, Moreno P, Blanco C. Benzodiazepinas y alteración de la arquitectura del sueño: ¿un factor de riesgo para la demencia. Rev Bibliopsiquis, 2025;29(1):1-8. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/benzodiazepinas-y-alteracion-de-la-arquitectura-del-sueno-un-factor-de-riesgo-para-la-demencia>
 30. Cleveland Clinic. Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults [Internet]. Cleveland Clinic Health Library; 2023 [citado 16 May 2025]. Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/24946-beers-criteria>
 31. Cabezas N, López D. Análisis de la automedicación en adultos mayores. Rev Recimundo. 2022;6(2):104-111. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.104-111](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.104-111)
 32. Central California Alliance for Health. Desprescripción de benzodiazepinas en adultos mayores [Internet]. Noticias para Proveedores, 23 mayo 2023 [citado 16 May 2025]. Disponible en: <https://thealliance.health/es/deprescribing-of-benzodiazepines-in-older-adults/>
 33. Vázquez L, Frutos M. La prevención cuaternaria en el uso de benzodiazepinas y cómo desprescribirlas. Revista de Atención Primaria Práctica. 2023;5(4):173-177. Disponible en: 10.1016/j.appr.2023.100183
 34. MedlinePlus (NIH National Library of Medicine). Dormir bien [Internet]. Bethesda (MD): MedlinePlus; última actualización 12 nov 2020 [citado 17 may 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/healthysleep.html>

35. Mancilla M. Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh [Internet]. Blog Psicología UANL; 29 sep 2021 [citado 17 may 2025]. Disponible en: <https://psicologiauanl.wordpress.com/2021/09/29/indice-de-calidad-de-sueno-de-pittsburgh/>
36. National Sleep Foundation (NSF). What Is Sleep Quality? [Internet]. Arlington (VA): NSF; 12 abr 2024 [citado 17 may 2025]. Disponible en: <https://www.thensf.org/what-is-sleep-quality/>
37. Piqueras M. Cambios en el sueño por el envejecimiento [Internet]. Sanitas (Biblioteca de Salud); 10 ago 2023 [citado 17 may 2025]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/alteraciones-sueno>
38. Taillard J, Gronfier C, Bioulac S, Philip P, Sagaspe P. Sleep in normal aging: homeostatic and circadian regulation and vulnerability to sleep deprivation. *Brain Sci.* 2021;11(8):1003. Disponible en: DOI: 10.3390/brainsci11081003
39. Instituto del Sueño (Chile). Sueño y envejecimiento [Internet]. [s.f.] [citado 17 may 2025]. Disponible en: <https://institutosdelosueno.cl/sueno-y-envejecimiento/>
40. Molt F, Torres P, Flores V, Valladares C, Ibáñez JL, Cortés M. Trastornos del sueño en emergencias y desastres. *Rev Med Clin Las Condes.* 2021;32(5):535–542. Disponible en: [pmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34111111/)
41. Tatineny P, Shafi F, Gohar A, Bhat A. Sleep in the elderly. *Mo Med.* 2020;117(5):490–495. Disponible en: [pmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.govpmc.ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34111111/)
42. Gordon N, Yao J, Brickner L, Lo J. Prevalence of sleep-related problems and risks in a community-dwelling older adult population: a cross-sectional survey-based study. *BMC Public Health.* 2022;22(1):2045. Disponible en: bmcpublichealth.biomedcentral.com
43. Viquez M, Valverde K. Afectación del insomnio en el adulto mayor. *Rev Cienc Salud Integr Conoc.* 2023;7(3):7–13. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/472>
44. Favela A, Castro A, Bojórquez C, Chan N. Propiedades psicométricas del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en deportistas. *Rev Iberoam Cienc Activ Fis Deporte.* 2022;11(3):29-46. Disponible en: <https://doi.org/10.24310/riccafd.2022.v11i3.15290>

45. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring subjective sleep quality: a review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1082. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7908437/>
46. McDowell C, Martinez J, Giudicessi A, Munera D, Vila C, Guzmán E, et al. Risk factors for poor sleep quality and subjective cognitive decline in older adults during the COVID-19 pandemic. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(6):675. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40150525/>
47. Vicente E, Hernández C, Mirón J, Velázquez L, Pérez L. Asociación entre calidad de sueño y fragilidad en adultos mayores. *Revista Atención Familiar*. 2024;31(3). Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/88829
48. Beydoun M, Tate R, Georgescu M, Gamaldo A, Maino CA Beydoun HA et al. Poor sleep quality, dementia status and their association with all-cause mortality among older US adults. *Aging (Albany NY)*. 2024;16(1):12138-12167. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39237306/>
49. García E, López J, Minuesa M, Ruipérez M, Lucas F, Agudo J. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes consumidores de benzodicepinas. *Revista de Atención Primaria*. 2021;53(5):102041. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-S0212656721000755>
50. Andriamampionona F, Lussier D, Gilbert S, Tannenbaum C, Gouin JP, Dang-Vu T, et al. Effect of chronic sedative-hypnotic use on sleep architecture and brain oscillations in older adults with chronic insomnia. *Rev medRxiv*. 2024;1(1):1-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2024.09.12.24313583>
51. Baena G. Metodología de la investigación. 3.a ed. México: Grupo Editorial Patria, 2017.
52. World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Fortaleza (Brasil): WMA; 2013 [citado 2025 May 17]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
53. Ministerio de Salud (Perú). Resolución Ministerial N° 233-2020-MINSA. Aprueban Documento Técnico: “Consideraciones Éticas para la Investigación en Salud con Seres Humanos”. El peruano, Lima; 28 abr 2020.

Anexos

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cuál es la relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026?	Objetivo general Determinar la relación entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.	Hipótesis general H1: Existe relación significativa entre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026.	Variable 1 Uso de ansiolíticos Dimensiones Tipo de ansiolítico Frecuencia Tiempo de tratamiento vía de obtención	Tipo de investigación Básica Método y diseño de la investigación Deductivo, no experimental y transversal.
Problemas específicos 1. ¿Cuál es la relación entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en adultos mayores? 2. ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores? 3. ¿Cuál es la relación entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores? 4. ¿Cuál es la relación entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores?	Objetivos específicos 1. Determinar la relación entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en adultos mayores. 2. Determinar la relación entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores. 3. Determinar la relación entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores. 4. Determinar la relación entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.	Hipótesis específicas H1: Existe relación significativa entre el tipo de ansiolítico utilizado y la calidad del sueño en adultos mayores. H1: Existe relación significativa entre la frecuencia de uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores. H1: Existe relación significativa entre el tiempo de tratamiento con ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores. H1: Existe relación significativa entre la vía de obtención de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.	Variable 2 Calidad del sueño Dimensiones Eficiencia y duración del sueño Trastornos del sueño Consecuencias diurnas	Nivel de investigación Correlacional Población y muestra Población: 400 adultos mayores Muestra: 197 adultos mayores.

Anexo 2: Instrumentos

CUESTIONARIO

“Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026”

Estimado participante:

Usted ha sido invitado a participar en este estudio, cuyo propósito es conocer la relación entre el uso de medicamentos ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores.

Su colaboración es voluntaria y la información brindada será estrictamente confidencial, utilizada únicamente con fines académicos y de investigación. No existen respuestas correctas o incorrectas; lo importante es que responda con sinceridad de acuerdo con su experiencia personal.

Instrucciones generales:

Lea cada pregunta con atención.

Marque con una X o un círculo la alternativa que mejor refleje su situación.

Si tiene alguna dificultad para leer o comprender, el encuestador le apoyará en la lectura y llenado.

Datos generales:

Edad

- ☐ 60 – 64 años
- ☐ 65 – 69 años
- ☐ 70 – 74 años
- ☐ 75 – 79 años
- ☐ 80 años a más

Estado civil

- ☐ Soltero(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Conviviente
- ☐ Viudo(a)
- ☐ Divorciado(a)

Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

Nivel educativo alcanzado

- ☐ Sin estudios
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Técnico superior
- ☐ Universitario
- ☐ Posgrado

Sección I: Uso de ansiolíticos

Responda con sinceridad, según su experiencia personal en los últimos 3 meses.

Dimensión 1: Tipo de ansiolítico

1. ¿Actualmente consume algún medicamento para la ansiedad o para dormir?

☐ Sí

☐ No

2. Si su respuesta es **sí**, ¿Qué tipo de medicamento consume principalmente?

☐ Benzodiazepinas (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam, etc.)

☐ Ansiolíticos no benzodiazepínicos (buspirona)

☐ Otros fármacos con efecto ansiolítico (antidepresivos, antihistamínicos, etc.)

☐ No sabe / No recuerda

Dimensión 2: Frecuencia de uso

3. ¿Con qué frecuencia utiliza este medicamento en una semana habitual?

☐ 1–2 veces por semana

☐ 3–4 veces por semana

☐ 5–6 veces por semana

☐ Todos los días

Dimensión 3: Tiempo de tratamiento

4. ¿Hace cuánto tiempo viene utilizando este medicamento de manera continua?

☐ Menos de 1 mes

☐ 1 a 3 meses

☐ 4 a 12 meses

☐ Más de 12 meses

Dimensión 4: Vía de obtención

5. ¿De qué manera suele obtener el medicamento que consume?

☐ Con receta médica en un centro de salud u hospital

☐ Lo compra sin receta médica (automedicación)

☐ Se lo recomienda un familiar o amigo

☐ Otro (especificar) _____

Sección II: Calidad del sueño (PSQI adaptado, 3 dimensiones)

Instrucciones: las siguientes preguntas se refieren a su forma habitual de dormir únicamente durante el último mes, en promedio. Sus respuestas intentarán ajustarse de la manera más exacta a lo ocurrido durante la mayoría de los días y noches del último mes. Por favor, intente responder a todas las preguntas.

Dimensión 1: Eficiencia y duración del sueño

Calidad subjetiva del sueño

1) Durante el último mes, ¿Cómo calificaría, en conjunto, la calidad de su sueño?

- ☐ Bastante buena
- ☐ Buena
- ☐ Mala
- ☐ Bastante mala

Latencia del sueño

2) ¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido, normalmente, las noches del último mes?

- ☐ Entre 6 a 15 minutos
- ☐ Entre 16 a 30 minutos
- ☐ Entre 31 y 60 minutos
- ☐ Más de 60 minutos

3) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder quedarse dormido en la primera media hora

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

Duración del sueño

4) ¿Cuántas horas durmió cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama.) Elija las horas que crea que durmió:

- ☐ 1 hora

- ☐ 2 horas
- ☐ 3 horas
- ☐ 4 horas
- ☐ 5 horas
- ☐ 6 horas
- ☐ 7 horas
- ☐ 8 horas
- ☐ Más de 8 horas

Eficiencia de sueño habitual

5) Durante el último mes: ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche? Elija su hora habitual de acostarse.

6) Durante el último mes, ¿a qué hora se levantó habitualmente por la mañana? Elija la hora habitual de levantarse:

Dimensión 2: Trastornos del sueño

Perturbaciones del sueño

7) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

8) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

9) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder respirar bien

- ☐ Ninguna vez en el último mes

- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

10) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

11) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir frío

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

12) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir demasiado calor

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

13) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener pesadillas o "malos sueños"

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana
- ☐ Una o dos veces a la semana
- ☐ Tres o más veces a la semana

14) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener dolores

- ☐ Ninguna vez en el último mes
- ☐ Menos de una vez a la semana

- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

15) Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de otras razones

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Uso de medicación hipnótica

16) Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Dimensión 3: Consecuencias diurnas

Disfunción diurna

17) Durante el último mes ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez en el último mes
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

18) Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos", para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social?

- Ningún problema
- Solo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

Anexo 3: Validez del instrumento

Certificado de validez de instrumento

“Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026”

Nº	DIMENSIONES / ítems (VARIABLE 1): Uso de ansiolíticos	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	DIMENSIÓN 1: Tipo de ansiolítico	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	1. ¿Actualmente consume algún medicamento para la ansiedad o para dormir? () Sí () No	X		X		X		
2	2. Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de medicamento consume principalmente? () Benzodiacepinas (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam, etc.) () Ansiolíticos no benzodiacepínicos (buspirona) () Otros fármacos con efecto ansiolítico (antidepresivos, antihistamínicos, etc.) () No sabe / No recuerda	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Frecuencia de uso							
3	¿Con qué frecuencia utiliza este medicamento en una semana habitual? () 1–2 veces por semana () 3–4 veces por semana () 5–6 veces por semana () Todos los días	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Tiempo de tratamiento							
4	¿Hace cuánto tiempo viene utilizando este medicamento de manera continua? () Menos de 1 mes () 1 a 3 meses () 4 a 12 meses () Más de 12 meses	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4:							
5	¿De qué manera suele obtener el medicamento que consume? () Con receta médica en un centro de salud u hospital () Lo compra sin receta médica (automedicación) () Se lo recomienda un familiar o amigo () Otro (especificar)	X		X		X		
	DIMENSIONES / ítems (VARIABLE 2): Calidad del sueño	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Dimensión 1: Eficiencia y duración del sueño	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
6	Durante el último mes, ¿Cómo calificaría, en conjunto, la calidad de su sueño? Bastante buena Buena Mala Bastante mala	X		X		X		
7	¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido, normalmente, las noches del último mes? Entre 6 a 15 minutos Entre 16 a 30 minutos Entre 31 y 60 minutos	X		X		X		

	Más de 60 minutos							
8	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder quedarse dormido en la primera media hora Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
9	¿Cuántas horas durmió cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama.) Elija las horas que crea que durmió: 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas 6 horas 7 horas 8 horas Más de 8 horas	X		X		X		
10	Durante el último mes: ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche? Elija su hora habitual de acostarse.	X		X		X		
11	Durante el último mes, ¿a qué hora se levantó habitualmente por la mañana? Elija la hora habitual de levantarse:	X		X		X		
	Dimensión 2: Trastornos del sueño							
12	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
13	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
14	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder respirar bien Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
15	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
16	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir frío Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		

17	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir demasiado calor Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
18	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener pesadillas o "malos sueños" Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
19	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener dolores Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
20	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de otras razones (por favor, descríbalas) ----- Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
21	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir? Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
	Dimensión 3: Consecuencias diurnas							
22	Durante el último mes ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social? Ninguna vez en el último mes Menos de una vez en el último mes Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
23	Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos", para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social? Ningún problema Solo un leve problema Un problema Un grave problema	X		X		X		

1 **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

3 **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): El trabajo cuenta con suficiencia.

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable ☒ [X]

Aplicable después de corregir ☐ []

No aplicable ☐ []

Apellidos y nombres del juez validador. Mg/Dr.: Adela Marlene Collantes Llacza

DNI: _44607852 _____

Especialidad del validador: Maestro en Farmacia y Bioquímica con
mención en Farmacología.

___05___ de ___febrero___ del 2026



FIRMA DEL VALIDADOR

Certificado de validez de instrumento

“Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026”

Nº	DIMENSIONES / ítems (VARIABLE 1): Uso de ansiolíticos	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	DIMENSIÓN 1: Tipo de ansiolítico	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	1. ¿Actualmente consume algún medicamento para la ansiedad o para dormir? () Sí () No	X		X		X		
2	2. Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de medicamento consume principalmente? () Benzodiacepinas (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam, etc.) () Ansiolíticos no benzodiacepínicos (buspirona) () Otros fármacos con efecto ansiolítico (antidepresivos, antihistamínicos, etc.) () No sabe / No recuerda	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Frecuencia de uso							
3	¿Con qué frecuencia utiliza este medicamento en una semana habitual? () 1–2 veces por semana () 3–4 veces por semana () 5–6 veces por semana () Todos los días	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Tiempo de tratamiento							
4	¿Hace cuánto tiempo viene utilizando este medicamento de manera continua? () Menos de 1 mes () 1 a 3 meses () 4 a 12 meses () Más de 12 meses	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4:							
5	¿De qué manera suele obtener el medicamento que consume? () Con receta médica en un centro de salud u hospital () Lo compra sin receta médica (automedicación) () Se lo recomienda un familiar o amigo () Otro (especificar)	X		X		X		
	DIMENSIONES / ítems (VARIABLE 2): Calidad del sueño	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Dimensión 1: Eficiencia y duración del sueño	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
6	Durante el último mes, ¿Cómo calificaría, en conjunto, la calidad de su sueño? Bastante buena Buena Mala Bastante mala	X		X		X		
7	¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido, normalmente, las noches del último mes? Entre 6 a 15 minutos Entre 16 a 30 minutos Entre 31 y 60 minutos Más de 60 minutos	X		X		X		

8	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder quedarse dormido en la primera media hora Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
9	¿Cuántas horas durmió cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama.) Elija las horas que crea que durmió: 1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas 6 horas 7 horas 8 horas Más de 8 horas	X		X		X		
10	Durante el último mes: ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche? Elija su hora habitual de acostarse.	X		X		X		
11	Durante el último mes, ¿a qué hora se levantó habitualmente por la mañana? Elija la hora habitual de levantarse:	X		X		X		
	Dimensión 2: Trastornos del sueño							
12	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
13	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
14	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder respirar bien Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
15	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
16	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir frío Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
17	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir demasiado calor	X		X		X		

	Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana							
18	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener pesadillas o "malos sueños" Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
19	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener dolores Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
20	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de otras razones (por favor, descríbalas) Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
21	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir? Ninguna vez en el último mes Menos de una vez a la semana Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
	Dimensión 3: Consecuencias diurnas							
22	Durante el último mes ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social? Ninguna vez en el último mes Menos de una vez en el último mes Una o dos veces a la semana Tres o más veces a la semana	X		X		X		
23	Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos", para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social? Ningún problema Solo un leve problema Un problema Un grave problema	X		X		X		

1 Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

3 Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [☒]

Aplicable después de corregir [☐]

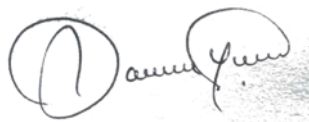
No aplicable [☐]

Apellidos y nombres del juez validador. Mg/Dr.: Daniel Ñáñez del Pino

DNI: _23528875_____

Especialidad del validador: ___Gestión Ambiental_____

___05__ de __febrero del 2026

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniel Ñáñez del Pino', is written over a light gray rectangular background.

FIRMA DEL VALIDADOR

Certificado de validez de instrumento

“Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San
Juan de Lurigancho – 2026”

Nº	DIMENSIONES / ítems (VARIABLE 1): Uso de ansiolíticos	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	DIMENSIÓN 1: Tipo de ansiolítico							
1	1. ¿Actualmente consume algún medicamento para la ansiedad o para dormir? () Sí () No	X		X		X		
2	2. Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de medicamento consume principalmente? () Benzodiacepinas (clonazepam, alprazolam, diazepam, lorazepam, etc.) () Ansiolíticos no benzodiacepínicos (buspirona) () Otros fármacos con efecto ansiolítico (antidepresivos, antihistamínicos, etc.) () No sabe / No recuerda	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Frecuencia de uso							
3	¿Con qué frecuencia utiliza este medicamento en una semana habitual? () 1–2 veces por semana () 3–4 veces por semana () 5–6 veces por semana () Todos los días	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Tiempo de tratamiento							
4	¿Hace cuánto tiempo viene utilizando este medicamento de manera continua? () Menos de 1 mes () 1 a 3 meses () 4 a 12 meses () Más de 12 meses	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4:							

5	¿De qué manera suele obtener el medicamento que consume? () Con receta médica en un centro de salud u hospital () Lo compra sin receta médica (automedicación) () Se lo recomienda un familiar o amigo () Otro (especificar) _____	X		X		X		
	DIMENSIONES / ítems (VARIABLE 2): Calidad del sueño	Pertinencia¹		Relevancia²		Pertinencia¹		Sugerencias
	Dimensión 1: Eficiencia y duración del sueño	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
6	Durante el último mes, ¿Cómo calificaría, en conjunto, la calidad de su sueño? ○ Bastante buena ○ Buena ○ Mala ○ Bastante mala	X		X		X		
7	¿Cuánto tiempo se demoró en quedarse dormido, normalmente, las noches del último mes? ○ Entre 6 a 15 minutos ○ Entre 16 a 30 minutos ○ Entre 31 y 60 minutos ○ Más de 60 minutos	X		X		X		
8	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder quedarse dormido en la primera media hora ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
9	¿Cuántas horas durmió cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama.) Elija las horas que crea que durmió: ○ 1 hora ○ 2 horas ○ 3 horas ○ 4 horas ○ 5 horas ○ 6 horas ○ 7 horas ○ 8 horas ○ Más de 8 horas	X		X		X		
10	Durante el último mes: ¿A qué hora se acostó normalmente por la noche? Elija su hora habitual de acostarse.	X		X		X		

11	Durante el último mes, ¿a qué hora se levantó habitualmente por la mañana? Elija la hora habitual de levantarse:	X		X		X		
	Dimensión 2: Trastornos del sueño							
12	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de despertarse durante la noche o de madrugada ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
13	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener que levantarse para ir al baño ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
14	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de no poder respirar bien ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
15	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de toser o roncar ruidosamente ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
16	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir frío ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
17	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de sentir demasiado calor ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		

18	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener pesadillas o "malos sueños" ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
19	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de tener dolores ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
20	Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de otras razones (por favor, descríbalas) ----- - ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
21	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tomado medicinas (recetadas por el médico o por su cuenta) para dormir? ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez a la semana ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
	Dimensión 3: Consecuencias diurnas							
22	Durante el último mes ¿Cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, trabajaba, estudiaba o desarrollaba alguna otra actividad social? ○ Ninguna vez en el último mes ○ Menos de una vez en el último mes ○ Una o dos veces a la semana ○ Tres o más veces a la semana	X		X		X		
23	Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos", para realizar actividades como conducir, comer, trabajar, estudiar o alguna actividad social? ○ Ningún problema ○ Solo un leve problema ○ Un problema ○ Un grave problema	X		X		X		

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

2 Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

3 Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____SI HAY SUFICIENCIA_____

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr.: CARLOS CANO PEREZ

DNI: 06062363

Especialidad del validador: _DOCTOR EN FARMACIA Y BIOQUIMICA

___05_ de _mayo del 2026



FIRMA DEL VALIDADOR

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO <i>(Para trabajos de investigación cuyo objeto de estudio involucren personas)</i>	
Título del Proyecto de Investigación: Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que asisten al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), San Juan de Lurigancho – 2026.	
Autor Responsable: Pampa Tello, Yenny Cristina	
Universidad /Institución: Universidad Privada Norbert Wiener	
I. INVITACIÓN	
Estimado(a) participante: Usted está siendo invitado(a) a participar de manera voluntaria en un estudio de investigación que se realiza con fines académicos. Antes de decidir su participación, es importante que lea atentamente la siguiente información. Si tiene alguna duda, puede realizar las preguntas que considere necesarias.	
II. INFORMACIÓN	
2.1	Propósito del estudio: <i>Los resultados permitirán generar conocimiento científico y contribuir a la mejora de las prácticas de atención y prescripción de medicamentos en adultos mayores, favoreciendo un uso más seguro y racional.</i>
2.2	Duración del estudio: 2 meses
2.3	Número esperado de participantes: 300 adultos mayores
2.4	Criterios de Inclusión y exclusión: <i>(ejemplos de criterios de inclusión: edad, profesión y condición específica, ejemplo de criterios de exclusión: enfermedades, limitaciones)</i> Inclusión: Adultos mayores de 60 años a más. Que asisten al CIAM durante el periodo de recolección de datos. Que acepten participar voluntariamente mediante la firma del presente consentimiento informado. Que cuenten con capacidad cognitiva y comunicacional suficiente para responder el cuestionario, con apoyo asistido si fuese necesario. Exclusión: Adultos mayores con diagnóstico confirmado de demencia moderada o severa u otra condición que impida la comprensión del cuestionario. Adultos mayores en estado agudo o crítico de salud al momento de la evaluación. Participantes que no completen el cuestionario o decidan retirarse antes de finalizar la encuesta.
2.5	Procedimientos del estudio: Si usted acepta participar, se le aplicará un cuestionario estructurado, que incluye preguntas sobre datos generales, uso de medicamentos ansiolíticos y calidad del sueño durante el último mes. La aplicación del cuestionario tendrá una duración aproximada de 8 a 10 minutos y podrá realizarse de manera asistida, si usted lo requiere.

	Los resultados obtenidos serán tratados con estricta confidencialidad y utilizados únicamente con fines académicos y científicos.	
2.6	Riesgos: Este estudio no implica riesgos físicos ni emocionales, ya que no requiere entrevistas, exámenes clínicos ni contacto directo. El único riesgo mínimo es la posible percepción de invasión de privacidad, mitigada mediante la estricta confidencialidad de los datos.	
2.7	Beneficios: <i>Usted no recibirá un beneficio directo o económico. Sin embargo, su participación contribuirá a mejorar el conocimiento sobre el uso de ansiolíticos y la calidad del sueño en adultos mayores, lo que podrá beneficiar a esta población en el futuro mediante una mejor atención en salud.</i>	
2.8	Costos e incentivos: La participación no implicará ningún costo para usted, ni recibirá incentivos económicos ni materiales a cambio de su colaboración.	
2.9	Confidencialidad: Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.	
2.10	Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.	
2.11	Preguntas/Contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable Pampa Tello, Yenny Cristina, Teléfono: 924858475 _correo: a2015100666@uwiener.edu.pe. También, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe	
2.12	Ocurrencias/Reclamos: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe	
III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO		
Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.		
		____/____/202____.
FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Participante: DNI/Carné de Extranjería/Otros:		HUELLA DACTILAR (opcional)
		FECHA (dd/mm/aaaa)

		___/___/202__. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE Nombre del Autor Responsable: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	
		___/___/202__. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL INTEGRANTE DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN (en caso corresponda) Nombre del Integrante del equipo de investigación: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	
		___/___/202__. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL TESTIGO/REPRESENTANTE LEGAL (en caso corresponda) Nombre del Testigo o Representante Legal: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	
NOTA: - La firma del testigo o representante legal será obligatoria solo si el participante tiene una discapacidad que le impida firmar o no saber leer ni escribir. - Si otro integrante del equipo de investigación es asignado para aplicar este consentimiento informado deberá firmar en este documento. - Recuerde que no se debe reclutar voluntarios de grupos "vulnerables" (presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc.), salvo que el diseño de investigación beneficie directamente a dicha población.		

Anexo 5: Aprobación del comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 18 de marzo del 2026.

Autor Responsable:
Yenny Cristina Pampa Tello

Exp. N°: 0625-2026

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y APROBÓ el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Uso de ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho – 2026"

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 25/02/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:
Yenny Cristina Pampa Tello

La APROBACIÓN otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una enmienda, entendida como una modificación menor que no altera de manera sustantiva el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.

SUBGERENCIA DE PROGRAMAS
SOCIALES

SAN JUAN DE
LURIGANCHO

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

OFICIO N.º 0003-2026/MDSJL-GDH-SPS-CIAM

San Juan de Lurigancho, 18 de marzo del 2026

Señor(a):

YENNY CRISTINA PAMPA TELLO

Farmacia y Bioquímica / Universidad Norbert Wiener

Presente. -

Asunto: Autorización para la aplicación de encuesta con fines de investigación (tesis) en el CIAM de San Juan de Lurigancho

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y, en atención a su solicitud, informarle que se autoriza la aplicación de encuestas en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) de San Juan de Lurigancho, en el marco del desarrollo de su proyecto de tesis titulado "Uso de Ansiolíticos y calidad del sueño en adultos mayores que acuden al CIAM, San Juan de Lurigancho-2026.

La presente autorización se concede considerando la relevancia académica de la investigación y su contribución al conocimiento en materia de atención a las personas adultas mayores. En ese sentido, la ejecución de la actividad deberá observar estrictamente los principios de consentimiento informado, confidencialidad de la información y respeto a la integridad de los participantes, garantizando en todo momento un trato digno hacia los usuarios del servicio.

Asimismo, se deberá coordinar previamente con la administración del CIAM la programación de fechas, horarios y aspectos logísticos, a fin de no interferir con el normal desarrollo de las actividades institucionales.

Finalmente, se agradecerá que, una vez concluido el estudio, se remita a esta entidad un ejemplar digital o físico del informe final de la tesis, como parte de las buenas prácticas de articulación institucional.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



CÉSAR ALBERTO BERNAL ARCE

Coordinador

Centro Integral de Atención al Adulto Mayor – CIAM

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	1%
3	Trabajos entregados	Universidad del Istmo de Panamá on 2024-09-24	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-02-12	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-08-09	<1%
6	Internet	patents.google.com	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Catolica De Cuenca on 2020-05-19	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Francisco de Vitoria on 2026-05-21	<1%
9	Internet	apirepositorio.unh.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	uwiener on 2025-02-04	<1%