

## Problemas de sueño y soporte social: estudio multicéntrico sobre Fragilidad en Ancianos Brasileños<sup>1</sup>

Shintia Viana da Costa<sup>2</sup>

Maria Filomena Ceolim<sup>3</sup>

Anita Liberalesso Neri<sup>4</sup>

Este artículo tiene como objetivo identificar relaciones entre calidad del soporte social percibido, problemas de sueño y hábito de dormir, en ancianos de la comunidad. Se trata de un recorte del estudio Fragilidad en Ancianos Brasileños (FIBRA), proyecto multicéntrico desarrollado en 17 ciudades brasileñas. Participaron 498 ancianos, capaces de responder a las entrevistas, sin déficit cognitivo o funcional grave. Se adoptó para la recolección de datos: el Cuestionario Sociodemográfico; la Escala de Percepción de la Calidad del Soporte Social; preguntas sobre problemas de sueño (Perfil de Salud de Nottingham); y, preguntas sobre el hábito de dormir (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). Se utilizó estadística descriptiva y prueba de Mann-Whitney para tratamiento de los datos. Los ancianos que refirieron problemas de sueño en general, demorar en adormecer y dormir mal en la noche, presentaron puntajes inferiores a los de ancianos que negaban esos problemas, en la Escala de Percepción de Calidad de Soporte Social. Las estrategias para mejorar la calidad de soporte social podrían contribuir para minimizar los problemas de sueño.

Descriptores: Sueño; Apoyo Social; Anciano; Enfermería.

<sup>1</sup> Artículo parte de la monografía de conclusión de curso "Problemas do sono e suporte social percebido em idosos residentes na comunidade", presentado a la Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Alumna del curso de graduación en Enfermería, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. E-mail: shintiaviana@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil. E-mail: fceolim@fcm.unicamp.br.

<sup>4</sup> Psicóloga, Profesor Titular, Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, SP, Brasil. E-mail: anitalbn@uol.com.br.

---

Correspondencia:

Maria Filomena Ceolim

Universidade Estadual de Campinas.

Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Enfermagem.

Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

CEP: 13083-887, Campinas, SP, Brasil

E-mail: fceolim@fcm.unicamp.br

## Problemas de sono e suporte social: estudo multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros

Esta pesquisa teve como objetivo identificar relações entre qualidade do suporte social percebido, problemas de sono e hábito de cochilar, em idosos da comunidade. Trata-se de recorte do estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (Fibra), projeto multicêntrico, desenvolvido em 17 cidades brasileiras. Participaram 498 idosos, capazes de responder às entrevistas, sem déficit cognitivo ou funcional grave. Adotou-se, para coleta de dados: questionário sociodemográfico, escala de percepção da qualidade do suporte social, questões sobre problemas de sono (perfil de saúde de Nottingham); questões sobre hábito de cochilar (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). Utilizou-se estatística descritiva e teste de Mann-Whitney para tratamento dos dados. Idosos que referiram problemas de sono em geral, demorar para adormecer e dormir mal à noite apresentaram escores inferiores aos dos idosos que negavam esses problemas, na escala de percepção de qualidade de suporte social. Estratégias para melhoria da qualidade de suporte social poderiam contribuir para minimizar problemas de sono.

Descritores: Sono; Apoio Social; Idoso; Enfermagem.

### Sleep problems and social support: Frailty in a Brazilian Elderly Multicenter Study

This study identifies relationships among the quality of perceived social support and sleep problems and napping habits in community-dwelling elderly. This study is part of a larger multicenter project entitled "Frailty in Brazilian Elderly Individuals", conducted in 17 Brazilian cities. A total of 498 elderly individuals capable of participating in interviews and free of cognitive deficits or functional impairment were found. The following instruments were used in data collection: Questionnaire addressing socio-demographic data; Interpersonal Support Evaluation Scale; questions concerning sleep patterns (Nottingham Health Profile); questions related to napping habits (Minnesota Leisure Activity Questionnaire). Descriptive statistics and the Mann-Whitney test were used for data analysis. The elderly individuals who reported having sleep problems in general, taking longer to fall asleep and sleeping poorly at night had lower scores on the Interpersonal Support Evaluation Scale than the elderly who denied such problems. Strategies to improve the quality of social support could also help reduce sleep problems.

Descriptors: Sleep; Social Support; Aged; Nursing.

## Introducción

El Brasil posee un contingente próximo a 22 millones de personas con más de 60 años de edad, número que supera la población de ancianos de varios países europeos. Considerando apenas el segmento de personas con más de 75 años (cerca de 5,6 millones), la población anciana en Brasil tiene proporciones significativas, mudando bastante el perfil del intervalo de edad hasta poco tiempo considerado extremadamente joven<sup>(1)</sup>.

El envejecimiento acostumbra traer alteraciones en el patrón de sueño habitual. Varias de esas alteraciones pueden corresponder a perturbaciones del sueño o

a perjuicios de su calidad. Entre ellas, se destacan: reducción cuantitativa de las etapas de sueño profundo; reducción del umbral para despertar debido a ruidos, asociado al aumento cuantitativo del sueño superficial; mayor periodo para el inicio del sueño; reducción de la duración total del sueño nocturno; mayor número de transiciones de un etapa para otra y para la vigilia; mayor frecuencia de disturbios respiratorios durante el sueño, especialmente en hombres; y aumento de la actividad *mioclónica* nocturna<sup>(2)</sup>.

Algunos estudios muestran que existe relación

significativa entre la influencia de redes sociales y la calidad de sueño entre ancianos. La mayoría de los ancianos que poseen buenas relaciones familiares y desempeñan un papel en la sociedad juntamente con su red de amigos presentan mejor desempeño en relación a la calidad del sueño<sup>(3)</sup>. A esa red de apoyo constituida por amigos y familiares, así como a los recursos materiales y emocionales disponibles para una persona, a través de los contactos interpersonales, se designa como soporte social. La forma como una persona reconoce el soporte social disponible para ella es conocida como soporte social percibido y puede interferir en la capacidad de enfrentamiento de sus problemas de salud mental y física<sup>(4)</sup>.

El soporte social es apuntado como una importante variable en la manutención de la salud. Individuos socialmente activos y que poseen más relaciones están expuestos a fuertes presiones normativas y de control por parte de amigos y familiares para que demuestren comportamientos saludables y busquen cuidados a la salud, cuando necesario. Además de eso, la red de soporte social contribuye con fuentes múltiples de información, aumentando la probabilidad de acceso a informaciones que promueven comportamientos saludables y minimizan situaciones de riesgo y estrés<sup>(5)</sup>.

A pesar de que las principales causas de muerte en ancianos son las enfermedades crónicas, como infarto del miocardio, accidente vascular cerebral, diabetes e hipertensión arterial, uno de los factores más relevantes e incomprensidos que también puede llevar a los ancianos a la muerte es el aislamiento social. Las consecuencias negativas de éste se muestran particularmente relevantes en segmentos de la población que enfrentan rápido crecimiento, como la de ancianos<sup>(5)</sup>.

La literatura actual apunta que tanto la falta de soporte social como las perturbaciones en el sueño pueden constituirse en factores de riesgo para enfermedades de orden emocional y físico. Individuos que se sienten socialmente aislados muestran señales de activación vascular elevada y fragmentación del sueño. Un estudio reciente mostró que personas adultas, cuando socialmente aisladas, relataban sueño de mala calidad y somnolencia diurna aumentada. Delante de resultados que sugieren que la calidad subjetiva del sueño de los individuos solitarios es perjudicada, se destaca que la privación cuantitativa y cualitativa del sueño genera salud deficitaria, siendo un importante mecanismo por el cual la soledad perjudica la salud<sup>(6)</sup>.

Un estudio verificó que los disturbios del sueño constituyen mediadores en la asociación entre falta de soporte social y la ocurrencia de infarto agudo del miocardio,

en mujeres adultas. Esa mediación podría ser debida al papel estresor de la mala calidad del soporte social, que despertaría respuestas cognitivas y emocionales llevando a estimulación fisiológica excesiva y, consecuentemente, disturbios del sueño<sup>(7)</sup>.

Se destaca la importancia de las enfermeras en evaluar activamente la condición de contactos sociales de estos ancianos bajo sus cuidados y apoyar el fortalecimiento de sus relaciones con miembros de la familia, así como con la red de amigos<sup>(3)</sup>.

Los problemas de sueño cada vez más son reconocidos por su capacidad potencial de perjudicar la salud de los ancianos, abandonándose la concepción anterior de que serían comunes y hasta inofensivos en el envejecimiento<sup>(8)</sup>. Por tanto, contribuir para la identificación de aspectos asociados a la mala calidad del sueño del anciano permitirá, a medio y largo plazo, la definición de intervenciones de enfermería dirigidas para la resolución o minimización de estos. Analizando la existencia de asociación entre los relatos de problemas de sueño frecuentes en el envejecimiento y la calidad del soporte social percibido, así como entre ésta y el hábito de dormir, se espera identificar un factor más que pueda ser objeto de evaluación y de intervenciones de los profesionales de salud objetivando la promoción de la salud del anciano.

De esta forma, este estudio tuvo por objetivo identificar, en ancianos residentes en la comunidad, la relación entre a calidad del soporte social percibido con problemas de sueño y el hábito de dormir.

## Métodos

El presente estudio es un recorte de la investigación de carácter multicéntrico, multidisciplinar y poblacional sobre condiciones de salud y bienestar en hombres y mujeres de 65 años o más, denominado "Estudio de fragilidad en ancianos brasileños" (Estudio FIBRA), conducido por una red compuesta por investigadores de cuatro universidades brasileñas. Ese proyecto fue apoyado por el Consejo Nacional de Investigación (CNPq).

El estudio FIBRA fue realizado en 17 ciudades brasileñas, entre ellas la ciudad de Campinas (SP), donde la muestra fue constituida de 900 ancianos, reclutados en su domicilio, en sectores censitarios urbanos sorteados al acaso. Los reclutadores recibieron entrenamiento y siguieron un guión para presentación personal, presentación de la investigación e invitación a los ancianos, de acuerdo con un manual de instrucciones ya comprobado y construido para el estudio.

En el inicio de la recolección de datos, después de la

firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, los ancianos fueron sometidos a la evaluación de su status cognitivo por un prueba de rastreo, el Mini-examen del Estado Mental (MEEM)<sup>(9)</sup>. Los ancianos que puntuaron por arriba de la nota de corte en el MEEM para su nivel de escolaridad (n=689)<sup>(10)</sup> participaron de todas las entrevistas y evaluaciones, resultando en un conjunto de variables de las cuales hacen parte aquellas de interés para el presente estudio.

*Criterios de inclusión:* tener edad igual o superior a 65 años, comprender las instrucciones y ser residente permanente en el domicilio y en el sector censitario.

*Criterios de exclusión:* a) déficit cognitivo grave, sugestivo de demencia, evidenciado por problemas de memoria, atención, orientación espacial y temporal, y comunicación u observados por los reclutadores; b) uso de silla de ruedas o encontrarse encamado; c) secuelas graves de accidente vascular encefálico, con pérdida localizada de fuerza y/o afasia; d) enfermedad de Parkinson en etapa grave o inestable, con comprometimientos graves de la motricidad, del habla o de la afectividad; e) graves déficits de audición o de visión, que podrían dificultar fuertemente la comunicación; y f) etapa terminal.

El presente estudio consiste en un recorte del estudio FIBRA, con enfoque en la relación entre las variables de interés soporte social percibido, problemas de sueño (generales y específicos) y hábito de dormir. Además de éstas, las siguientes variables sociodemográficas fueron utilizadas para caracterizar la población: género, edad, color, estado civil, situación laboral, escolaridad, renta familiar y características del arreglo familiar y de vivienda.

Además de los criterios de selección del estudio FIBRA, fueron observados en este estudio:

- *criterios de inclusión:* responder a todas las preguntas de las variables referentes a la calidad del soporte social percibido, a los problemas de sueño y al hábito de dormir; y a por lo menos 75% de las preguntas referentes a variables sociodemográficas.

- *criterios de exclusión:* responder de forma contradictoria a las preguntas relacionadas al sueño, o sea, no referir 'problemas de sueño' en general y apuntar problemas de sueño específicos; o referir 'problemas de sueño' en general y no apuntar problemas de sueño específicos.

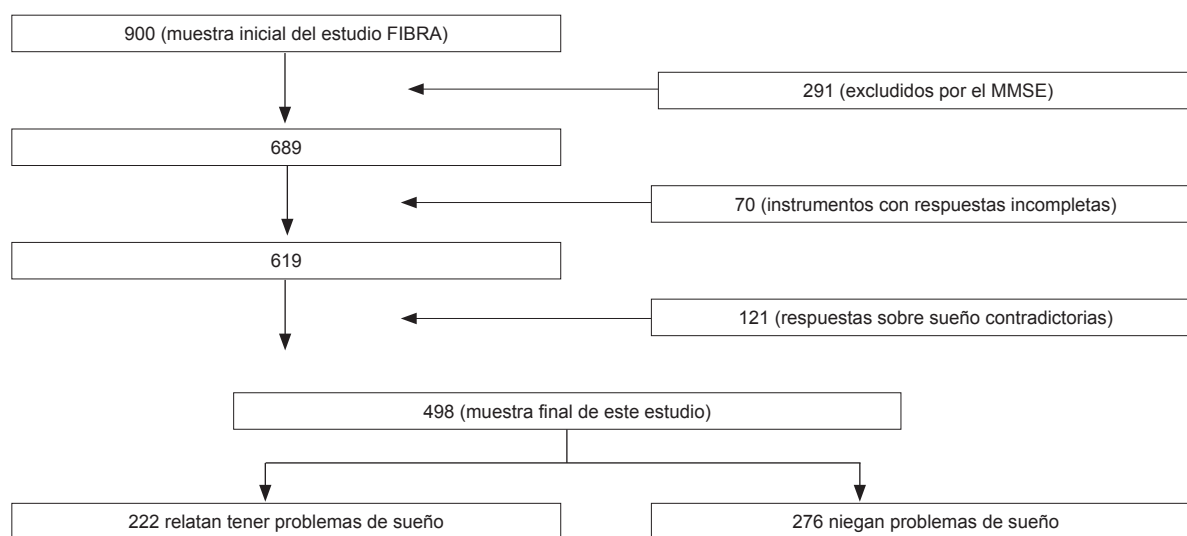


Figura 1 – Flujograma ilustrativo de la composición final de la muestra. Campinas, SP, Brasil, 2008-2009

Los datos sociodemográficos fueron recolectados por medio de un instrumento construido por los investigadores del Estudio FIBRA. El instrumento utilizado para recolección de datos sobre la calidad del soporte social percibido fue la Escala de Percepción de la Calidad del Soporte Social, versión reducida, con cinco ítems escalares con valor de hasta cuatro puntos<sup>(11)</sup>. Fue desarrollada para la población general y para medir cuatro funciones del soporte social percibido: soporte tangible (asistencia material o soporte instrumental), pertenencia (identificación con alguien de la

red de soporte), autoestima (comparaciones positivas con los otros) y soporte evaluativo (soporte informacional). Cada ítem posee una escala con los valores: 1. nunca; 2. a veces; 3. la mayoría de las veces; 4. siempre, como posibles respuestas, siendo 20 el máximo de puntos obtenidos por el sujeto en la versión reducida<sup>(11)</sup>.

La evaluación de los problemas de sueño fue obtenida por medio de seis preguntas referentes al sueño del Perfil de Salud de Nottingham, validado para uso en Brasil<sup>(12)</sup>. Las preguntas se referían a los últimos doce meses y eran

las siguientes: 1. ¿tiene problemas de sueño?; 2. ¿toma remedios para dormir?; 3. ¿despierta de madrugada y no puede más dormir?; 4. ¿Se queda despierto la mayor parte de la noche?; 5. ¿Lleva mucho tiempo para dormirse?; 6. ¿duerme mal en la noche? Las respuestas posibles eran Si o No.

El hábito de dormir fue evaluado con dos preguntas del *Minnesota Leisure Activity Questionnaire*<sup>(13-14)</sup> adaptado para el Estudio FIBRA: si dormitó en los últimos 12 meses y, en caso afirmativo, cual fue la duración de la siesta.

Este estudio fue sometido al Comité de Ética en Investigación de la institución de las investigadoras como apéndice al Estudio FIBRA (ya aprobado por el Parecer CEP 208/2007), para aprobación y ciencia de la autorización del uso de los datos concedida por la coordinadora del Estudio FIBRA. La aprobación fue concedida por el CEP el 24 de agosto de 2010.

Los datos fueron analizados en el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPS). Fue utilizada estadística descriptiva y tablas de frecuencia, así como pruebas no paramétricas para la estadística inferencial, ya que la distribución de los datos se mostró diferente de la normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La prueba de Mann-Whitney fue utilizada para comparar los puntajes de la Escala de Percepción de la Calidad del Soporte Social entre los ancianos que relataban problemas de sueño y los que los negaban, así como entre los que dormitaron y aquellos que no lo hicieron, en los últimos doce meses. Se empleó la prueba de Correlación de Puestos de Spearman para evaluar la correlación entre el puntaje de la Escala de Percepción de la Calidad del Soporte Social Percibido y la duración de la siesta en minutos, en los ancianos que dormitaron. Se definió el nivel crítico de significancia estadística en 5% ( $\alpha=0,05$ ).

## Resultados

Los ancianos se caracterizaron por pertenecer, en la mayoría, al género femenino (341 o 68,5%), en el intervalo de edad de 65 a 74 años (333 o 66,85), de color blanca (370 o 74,3%), casados (261 o 52,5%) y viudos (167 o 33,5%). Entre ellos, 350 (70,3%) eran

jubilados, 165 (33,1%) recibían pensiones y 71 (14,3%) todavía trabajaban. La renta familiar era de uno a cinco salarios mínimos para cerca de la mitad de los ancianos (288 o 57,8%) y mayor que cinco salarios mínimos para un quinto de ellos (112, o 22,5%). La mayor parte tenía el nivel primario completo (265 o 53,2%) y cerca de un quinto no había frecuentado la escuela (91 o 18,3%). La jefatura familiar era ejercida por 293 ancianos (58,8%). La mitad de los ancianos tenía entre uno y tres hijos (257 o 51,6%) y la mayoría residía con el cónyuge o con el cónyuge e hijos (373 ancianos o 72,9%). Cerca de un quinto de los ancianos residía solo (81 o 16,3%).

Entre los 222 ancianos (44,6%) que relataron tener problemas de sueño en general, 162 (32,5%) refirieron "despertar de madrugada y no volver a dormir"; 116 (23,5%), "quedarse despierto la mayor parte de la noche"; 139 (27,9%), "demorar en conciliar el sueño"; y 146 (29,3%), "dormir mal en la noche". El uso de remedios para dormir fue relatado por 97 ancianos (19,5%), y el hábito de dormir, por 302 (60,6%) de ellos. Se observó que 55 (11,0%) ancianos refirieron apenas un problema de sueño específico, entre los cuatro listados anteriormente, en cuanto 64 ancianos (12,9%) relataron presentar todos esos cuatro problemas.

Los puntajes de la Escala de Percepción de la Calidad del Soporte Social Percibido variaron de 5 a 20 puntos, con promedio de 17,0 (desviación estándar 3,4) puntos y mediana de 18,0.

Se observó asociación significativa entre los problemas de sueño y la percepción de calidad del soporte social, de forma que los ancianos que refirieron problemas de sueño en general, periodo prolongado para el inicio del sueño (demorar en dormirse) y sueño no restaurador (dormir mal en la noche) presentaron puntaje inferior, en la Escala de Percepción de Calidad de Soporte Social, si comparados a los ancianos que negaban esos problemas. No fue observada asociación entre el hábito de dormir y la calidad del soporte social.

La Tabla 1 muestra los puntajes de la Escala de Percepción de la Calidad del Soporte Social Percibido, en función de la ocurrencia de problemas de sueño y del hábito de dormir en los últimos 12 meses.

Tabla 1 - Calidad del soporte social percibido en función de problemas de sueño y del hábito de dormir en los últimos 12 meses. Estudio FIBRA. Campinas, SP, Brasil, 2008-2009

| Problemas de Sueño y Hábito de Dormitar     | Calidad del Soporte Social |     |      |              |
|---|----------------------------|-----|------|--------------|
|   | P*                         | DE† | Med‡ | p§           |
| Tuvo problemas de sueño                     | 16,7                       | 3,4 | 17   | <b>0,007</b> |
| No tuvo problemas de sueño                  | 17,3                       | 3,4 | 19   |              |
| Usó remedios para dormir                    | 16,7                       | 3,4 | 18   | 0,17         |
| No usa remedios para dormir                 | 17,0                       | 3,4 | 18   |              |
| Despierta de madrugada y no vuelve a dormir | 16,7                       | 3,4 | 18   | 0,096        |
| No despierta de madrugada                   | 17,0                       | 3,4 | 18   |              |

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

| Problemas de Sueño y Hábito de Dormitar       | Calidad del Soporte Social |                 |                  |                |
|---|----------------------------|-----------------|------------------|----------------|
|   | P*                         | DE <sup>†</sup> | Med <sup>‡</sup> | p <sup>§</sup> |
| Quedó despierto la mayor parte de la noche    | 16,6                       | 3,5             | 18               | 0,15           |
| No quedó despierto la mayor parte de la noche | 17,0                       | 3,3             | 18               |                |
| Demora para dormirse                          | 16,1                       | 3,6             | 17               | <b>0,000</b>   |
| No demora para dormirse                       | 17,4                       | 3,2             | 19               |                |
| Duerme mal en la noche                        | 16,6                       | 3,2             | 17               | <b>0,03</b>    |
| No duerme mal en la noche                     | 17,2                       | 3,4             | 18               |                |
| Dormitó en los últimos 12 meses               | 17,0                       | 3,4             | 18               | 0,62           |
| No dormitó en los últimos 12 meses            | 17,0                       | 3,4             | 18               |                |

P\*: promedio; DE<sup>†</sup>: desviación estándar; Med<sup>‡</sup>: mediana; § = valor de p al prueba de Mann-Whitney; resultados significativos en negro.

La duración promedio de la siesta, para los que dormitaban, fue de 47 minutos (desviación estándar 36), con mediana de 30 minutos. No fue encontrada correlación significativa entre la duración de la siesta y el puntaje final de la escala de Soporte Social Percibido (r de Spearman=-0,061, p=n.s.).

## Discusión

Una expresiva proporción de los ancianos de este estudio, 44,6%, relataron problemas de sueño en general. De estos, el más frecuente fue la fragmentación del sueño y el despertar precoz (acordar de madrugada y no conseguir dormir nuevamente), seguido de sueño no restaurador (dormir mal en la noche) y periodo aumentado para inicio del sueño (demorar para adormecer). Se debe prestar atención para a la proporción no despreciable de ancianos que relataban todos, los cuatro, problemas específicos de sueño. Se destaca que todos estos corresponden a hallazgos clásicos de la literatura respecto del sueño del anciano<sup>(2)</sup>.

A pesar de la proporción de ancianos con problemas de sueño, el uso de remedios para dormir fue relatado por 19,5% de los participantes. Un estudio realizado en Suecia con ancianos habitando en instituciones de larga permanencia mostró que la mayoría de los que poseían problemas de sueño eran medicados con benzodiazepínicos, sin embargo el tratamiento a largo plazo provocaba dependencia y efectos colaterales como ansiedad y otros problemas de sueño<sup>(15)</sup>. Esto sugiere que el hecho de tomar remedios para dormir no impide el apareamiento de nuevos problemas de sueño, además de traer consigo efectos indeseables para la salud y la calidad de vida del anciano.

El hábito de dormitar durante el día fue relatado por 60,6% de los ancianos, y más de la mitad de ellos dormitaba más de 30 minutos por día. Ese hecho podría ser indicativo de sueño nocturno insuficiente<sup>(16)</sup>, sin embargo se observó que ancianos sin quejas de problemas de sueño también dormitaban habitualmente. Hallazgos semejantes fueron obtenidos por un estudio hecho con

ancianos saludables<sup>(17)</sup>. Algunos autores argumentan que la satisfacción con el sueño puede estar preservada en los ancianos a pesar de las señales indicativas de sueño nocturno insuficiente, tales como la siesta diurna, sugiriendo cambios adaptativos en la percepción de la calidad del sueño por el anciano<sup>(17)</sup>.

Se observó que prácticamente todos los ancianos percibían tener un soporte social de buena calidad, distinguiéndose de un estudio realizado en Rio de Janeiro, en el cual las mujeres ancianas de baja renta referían ofrecer apoyo a la familia en mayor proporción que el apoyo que recibían por parte de los familiares<sup>(18)</sup>. Se debe considerar que se trataba de una población exclusivamente femenina, en que 85% de las ancianas tenía renta inferior a un salario mínimo<sup>(18)</sup>, características que las tornaban diferentes de los sujetos del presente estudio. Esos aspectos contribuyen para explicar esa discrepancia en cuanto al soporte social percibido.

A pesar de que, como mencionado anteriormente, el soporte social percibido fuese considerado en general de buena calidad, los ancianos que negaban problemas de sueño lo percibían de forma significativamente mejor en relación a los que relataban esos problemas. Eso sugiere que la buena calidad del soporte social percibido está asociada a la buena calidad del sueño, para esos ancianos.

Reflexionando al respecto de las diferencias encontradas en la percepción de calidad del soporte social entre los ancianos que relataban problemas de sueño en general, así como periodo aumentada para inicio del sueño y sueño no restaurador, y aquellos que negaban estas alteraciones, se considera que hay una serie de razones para prever que el apoyo social debe ser benéfico para el sueño. Primero, el soporte social puede influenciar el sueño proporcionando un sentimiento de pertenencia y de ligación, o también inducir estados de humor y comportamientos de salud positivos, incluyendo la manutención de hábitos saludables del sueño<sup>(19)</sup>. Además de eso, percibir que se posee alguien que está cerca para protegerlo del aislamiento social y de la soledad (factores relacionados a la perturbación del sueño) puede significar

una situación de mayor bienestar para el anciano. Además el soporte social ayuda a mantener la consistencia del ciclo vigilia-sueño<sup>(19)</sup>. Esas observaciones contribuyen también para explicar los problemas de sueño en que la diferencia de puntuación se mostró significativa, ya que el periodo prolongado para el inicio del sueño se relaciona más a factores externos que los cambios esperados en el sueño con el envejecimiento. Así, el soporte social puede influenciar el sueño por atenuar los efectos del estrés psicológico sobre el mismo<sup>(19)</sup>.

Los cambios en el sistema circadiano de temporización son consideradas un marco del envejecimiento y han sido apuntados como factores subyacentes a la reducida calidad del sueño en el anciano. Se puede suponer que los ritmos de la rutina de vida diaria, actuando sobre la sincronización de los ritmos circadianos, constituyen un mecanismo de protección que contribuye para la manutención de la calidad del sueño. Estos ritmos están ligados a la regularidad del estilo de vida, como la estabilidad en la frecuencia y duración de las actividades realizadas, tales como alimentación, ocio y actividades sociales<sup>(20)</sup>. Explorar las ligaciones entre la mejor calidad del soporte social y la regularidad de las rutinas de vida del anciano constituye una interesante vertiente de investigación para la comprensión de las relaciones entre el soporte social percibido y la calidad del sueño.

De la misma forma, es posible especular que el dormir diurno podría ser considerado como un ítem incorporado a la rutina del anciano, proveniente de una reorganización de los ritmos circadianos que promueve la redistribución del sueño en las 24 horas, y no un indicativo de sueño insuficiente<sup>(21)</sup>. Ese aspecto contribuiría para explicar la ausencia de correlación significativa entre la duración de la siesta y la percepción de la calidad del soporte social percibido, que sería esperada frente a las demás diferencias encontradas para los problemas de sueño.

### Consideraciones finales

A partir de los resultados obtenidos, que indican la presencia de una asociación significativa entre los problemas de sueño y la percepción de la calidad del soporte social, se destaca la importancia de que el enfermero desarrolle una visión ampliada de la relevancia del soporte social para el anciano y procure intervenir objetivando la mejoría de su calidad. En ese aspecto, se deben destacar las unidades básicas de salud, que constituyen escenarios bastante propicios para la actuación de ese profesional en la promoción a la salud. De esta forma, el enfermero podrá al mismo tiempo contribuir para minimizar o

prevenir problemas de sueño entre los usuarios ancianos. Una medida, por ejemplo, sería la creación de grupos sociales educativos, grupos de juegos, de gimnasia, de baile y otros, en el sentido de incentivar el aumento de la red social de estos ancianos.

Este estudio no se ocupó en analizar la ocurrencia de problemas de sueño o la calidad del soporte social percibido en función de las características sociodemográficas. Además es importante que el equipo de salud preste atención a estos factores en el momento de la asistencia al paciente anciano, ya que en la literatura hay indicios de que existe diferencia de género en cuanto a tener un mejor o peor soporte social percibido.

Se recomienda que sean realizados otros estudios con una orientación longitudinal y prospectiva, que permitan avanzar en la comprensión de las relaciones causales entre la calidad del soporte social percibido y los problemas de sueño, lo que no fue posible y constituye una limitación al presente estudio, debido a su carácter transversal y retrospectivo. Además de eso, es relevante que el soporte social percibido sea investigado en función de otros aspectos que están, a su vez, relacionados a la ocurrencia de problemas de sueño, tales como el bienestar psicológico, la depresión, el estrés y los síntomas físicos, que no fueron abordados en este estudio y que podrían ser incluidos en futuras investigaciones.

### Agradecimientos

Al Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que financió el estudio multicéntrico sobre Fragilidad en Ancianos Brasileños.

### Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Brasil - 2010. [acesso 22 fev 2011]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf)
2. Geib LTC, Cataldo A Neto, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. Rev Psiquiatr RS. 2003;25(3):453-65.
3. Yao KW, Yu S, Cheng SP, Chen IJ. Relationships Between Personal, Depression and Social Network Factors and Sleep Quality in Community-Dwelling Older Adults. J Nurs Res. 2008;16(2):131-9.
4. Moak ZB, Agrawal A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological

- survey on alcohol and related conditions. J Public Health. 2010;32(2):191-201.
5. Cacioppo JT, Hawkley LC. Social Isolation and Health, with an Emphasis on Underlying Mechanisms. *Perspect Biol Med.* 2003;46(3):S39-S52.
6. Hawkley LC, Preacher KJ, Cacioppo JT. Loneliness Impairs Daytime Functioning but Not Sleep Duration. *Health Psychol.* 2010;29(2):124-9.
7. Nordin M, Knutsson A, Sundbom E. Is Disturbed Sleep a Mediator in the Association between Social Support and Myocardial Infarction? *J Health Psychol.* 2008;13(1):55-64.
8. Cunha MCB, Zanetti ML, Hass JV. Sleep Quality in Type 2 Diabetics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* set-out 2008;16(5):850-5.
9. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychol Res.* 1975;12:189-98.
10. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-B):777-81.
11. Tavares SS. Sintomas depressivos entre idosos: Relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2004. 127 p.
12. Teixeira-Salmela LF, Magalhães LC, Souza AC, Lima MC, Magalhães RC, Goulart F. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação de qualidade de vida. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(4):905-14.
13. Taylor HL, Jacobs DR, Schucker B, Knudsen J, Leon AS, Debacker G. A questionnaire for the assessment of leisure time physical activities. *J Chron Dis.* 1978;31:741-55.
14. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exercise.* 2000;32(9):498-516.
15. Holmquist IB, Svensson B, Höglund P. Perceived anxiety, depression, and sleeping problems in relation to psychotropic drug use among elderly in assisted-living facilities. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005;61:215-24.
16. Barichello E, Sawada NO, Sonobe HM Zago MMF. Quality of Sleep in Postoperative Surgical Oncologic Patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(4):481-8.
17. Zilli I, Ficca G, Salzarulo P. Factors involved in sleep satisfaction in the elderly. *Sleep Med.* 2009;10(2):233-9.
18. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosos de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):625-31.
19. Troxel WM, Buysse DJ, Monk TH, Begley A, Hall M. Does social support differentially affect sleep in older adults with versus without insomnia? *J Psychosom Res.* 2010;69:459-66.
20. Zisberg A, Yaish NG, Shochat T. Contribution of Routine to Sleep Quality in Community Elderly. *Sleep.* 2010;33(4):509-14.
21. Ceolim MF, Menna-Barreto, L. Sleep/wake cycle and physical activity in healthy elderly people. *Sleep Res Online.* 2000;3(3):87-95.

Recibido: 21.12.2010

Aceptado: 2.5.2011

### Como citar este artículo:

Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Problemas de sueño y soporte social: estudio multicéntrico sobre fragilidad en ancianos brasileños. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2011 [acceso: \_\_\_\_\_];19(4):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

URL

día  
mes abreviado con punto  
año