

Relación entre apoyo social y sueño de adultos mayores cuidadores con vulnerabilidad social

Relação entre apoio social e sono de pessoas idosas cuidadoras em vulnerabilidade social

Relationship between social support and sleep of elderly caregivers in social vulnerability

Daniele Cristina Barbosa¹ ; Ana Carolina Ottaviani¹ ; Élen dos Santos Alves¹ ; Keika Inouye¹ ;
Tábita Renata Pereira de Brito¹ ; Ariene Angelini dos Santos-Orlandi¹ 

¹Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil; ²Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre el apoyo social y la calidad del sueño de personas mayores que cuidan de otras personas mayores en entornos socialmente vulnerables. **Método:** estudio transversal realizado con 65 cuidadores entrevistados mediante un instrumento de caracterización, Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody, Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh y Escala de Apoyo Social del *Medical Outcomes Study*, los datos fueron analizados mediante pruebas de comparación y correlación. **Resultados:** la mayoría eran mujeres, cónyuges del adulto mayor que recibe el cuidado y tenían mala calidad del sueño. Se observó una correlación débil e inversa entre la mala calidad del sueño y la dimensión de interacción social positiva ($Rho=-0,27$; $p=0,028$). Se identificó que había relación significativa entre: apoyo material y disfunción diurna ($p=0,034$); apoyo afectivo y eficiencia del sueño ($p=0,026$); interacción social positiva y calidad subjetiva del sueño ($p=0,001$) y disfunción diurna ($p=0,008$). **Conclusión:** Cuanto mayor sea la interacción social positiva, mejor será la calidad del sueño.

Descriptor: Apoyo Social; Cuidadores; Anciano; Sueño; Vulnerabilidad Social.

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre apoio social e qualidade do sono de pessoas idosas que cuidam de outros idosos em ambiente de vulnerabilidade social. **Método:** estudo transversal realizado com 65 cuidadores entrevistados por meio de instrumento de caracterização, Índice de Katz, Escala de Lawton e Brody, Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study*, com dados analisados com testes de comparação e de correlação. **Resultados:** a maioria eram mulheres, cônjuges do idoso cuidado e possuíam sono de má qualidade. Observou-se correlação fraca e inversa entre má qualidade do sono e a dimensão interação social positiva ($Rho=-0,27$; $p=0,028$). Identificou-se relação significativa entre: apoio material e disfunção diurna ($p=0,034$); apoio afetivo e eficiência do sono ($p=0,026$); interação social positiva e qualidade subjetiva do sono ($p=0,001$) e disfunção diurna ($p=0,008$). **Conclusão:** Quanto maior a interação social positiva, melhor é a qualidade do sono.

Descritores: Apoio Social; Cuidadores; Idoso; Sono; Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship between social support and sleep quality of elderly individuals who care for other elderly individuals in a socially vulnerable environment. **Method:** a cross-sectional study conducted with 65 caregivers interviewed using a characterization instrument, Katz Index, Lawton and Brody Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, and Medical Outcomes Study Social Support Scale, with data analyzed using comparison and correlation tests. **Results:** the majority were women, spouses of the elderly being cared for, and had poor sleep quality. A weak and inverse correlation was observed between poor sleep quality and the positive social interaction dimension ($Rho=-0.27$; $p=0.028$). Significant relationships were identified between: material support and daytime dysfunction ($p=0.034$); emotional support and sleep efficiency ($p=0.026$); positive social interaction and subjective sleep quality ($p=0.001$), as well as daytime dysfunction ($p=0.008$). **Conclusion:** The higher the positive social interaction, the better the sleep quality.

Descriptors: Social Support; Caregivers; Aged; Sleep; Social Vulnerability.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento humano se caracteriza por una pérdida gradual de la funcionalidad, además de problemas sociales y psicológicos. Estos problemas pueden provocar mayor vulnerabilidad y mayor dependencia en el entorno familiar. Además, la prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores puede contribuir a la aparición de discapacidades, que requieren la presencia de un cuidador para asistir al adulto mayor dependiente en sus actividades diarias¹.

Actualmente, el cuidado del adulto mayor, generalmente, lo realiza un familiar que, muchas veces, también es una persona mayor^{1,2}. En el contexto brasileño, es común que el cónyuge sea responsable del cuidado de la persona mayor dependiente. El hecho de que las personas mayores sean responsables del cuidado de otras personas mayores

Estudio financiado parcialmente por el *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* – CNPq (Brasil) – Proceso nº 429310/2018-8) y por la *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* – FAPESP (Brasil) – Proceso nº 2020/04363-4.

Autor de correspondencia: Ariene Angelini dos Santos-Orlandi. E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br.

Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Adjunta: Thelma Spindola

representa un problema importante, ya que estos individuos, aunque conserven su funcionalidad, son propensos a enfermedades crónicas, problemas cognitivos, problemas visuales y dificultad para comprender los regímenes terapéuticos. Este hecho puede comprometer la calidad de la atención que brindan y, por ende, la salud y el bienestar del cuidador y de la persona que recibe el cuidado¹⁻³.

Para que los cuidadores de personas mayores puedan brindar una atención de buena calidad, es fundamental que se encuentren bien física y cognitivamente². Sin embargo, se sabe que los cuidadores de adultos mayores en contextos de alta vulnerabilidad social son más susceptibles a multimorbilidades³. Los entornos de vulnerabilidad social se caracterizan por la falta, escasez o insuficiencia de recursos financieros, sociales, culturales y políticos de las personas, lo que dificulta que los individuos ejerzan sus derechos sociales, y afecta la cohesión social y la capacidad de reaccionar ante la adversidad⁴. Además, los adultos mayores se quejan frecuentemente de la calidad del sueño⁵.

Los investigadores señalan que la falta de apoyo social puede intensificar los problemas de salud, eso incluye los trastornos del sueño. La literatura describe que una buena percepción de apoyo social se asocia con una buena calidad del sueño nocturno⁶. La Teoría del Estrés, de John Cassel (1976), fue el marco teórico para abordar el apoyo social en el presente estudio. Esta teoría propone una explicación para la relación entre apoyo social y salud, y argumenta que las relaciones sociales estresantes aumentan la susceptibilidad a condiciones adversas⁷.

Un estudio realizado en Japón con 3.732 participantes con el fin de investigar los factores asociados a los trastornos del sueño en personas mayores que viven en comunidades identificó que quienes no recibían apoyo del cónyuge o la familia tenían 1,44 veces más posibilidades de desarrollar trastornos del sueño que los que tenían suficiente apoyo. Los investigadores concluyeron que el sueño está estrechamente relacionado con el apoyo social de los cónyuges y familiares⁸. Una investigación longitudinal realizada en el Reino Unido realizó un seguimiento a 2.446 personas durante 15 años y demostró que el apoyo social escaso o inadecuado se asociaba con una mala calidad del sueño⁹. De forma similar, otra investigación longitudinal realizada en Singapur, con 1.417 personas de 60 años y más, concluyó que las redes sociales más débiles se relacionaban con el sueño inquieto¹⁰.

Aunque existe evidencia de que la falta de apoyo social es predictiva de la mala calidad del sueño en los adultos mayores¹¹⁻¹³, no se identificaron estudios en la literatura sobre cuidadores adultos mayores, lo que dificulta reconocer las especificidades en esta población. Además, la falta de estudios limita la generalización de datos y la identificación de factores comunes en diferentes contextos de atención y que pueden afectar la salud física y mental.

Por lo tanto, nos preguntamos si hay una relación entre el apoyo social y la calidad del sueño en cuidadores de personas mayores que viven en un contexto de alta vulnerabilidad social. Conocer esta relación es importante, y refleja la búsqueda de la integralidad de la atención, dado que la salud, la calidad de vida y el bienestar de estos individuos pueden verse comprometidos por la falta de apoyo social y los problemas de sueño.

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre el apoyo social y la calidad del sueño de los adultos mayores que cuidan de otras personas mayores en un entorno socialmente vulnerable.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo, con diseño transversal, que sigue la *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*, y utilizó datos de la investigación “*Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores*” (Factores asociados con la mala calidad del sueño de cuidadores de personas mayores), realizada en la ciudad de San Carlos, San Pablo, Brasil.

Los criterios de inclusión fueron: tener 60 años o más, ser cuidador principal de un adulto mayor dependiente; ser un cuidador informal; vivir en el mismo hogar que la persona mayor que recibe cuidados; y estar registrado en una USF (Unidad de Salud de la Familia) ubicada en un contexto de alta vulnerabilidad social. Los criterios de exclusión establecidos fueron: presentar dificultades de comunicación por déficits auditivos y/o visuales severos, que los dos adultos mayores sean clasificados como independientes, tanto para las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, identificados por el entrevistador en el momento de la recolección de datos.

El adulto mayor dependiente fue identificado a través de la dificultad para realizar al menos una actividad básica o instrumental de la vida diaria, evaluada mediante el Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody.

Se utilizó el Índice Paulista de Vulnerabilidad Social (IPVS) para identificar las USF ubicadas en contextos de alta vulnerabilidad social. El IPVS es un índice compuesto por aspectos demográficos y socioeconómicos de los residentes en el Estado de San Pablo que categoriza las regiones geográficas en siete niveles de vulnerabilidad social: bajísima vulnerabilidad social; muy baja vulnerabilidad social; baja vulnerabilidad social; vulnerabilidad social media; alta vulnerabilidad social; vulnerabilidad social muy alta; y alta vulnerabilidad social (sectores rurales)¹⁴. Los criterios de elegibilidad para las regiones vulnerables son USF ubicadas en un contexto de alta vulnerabilidad social (IPVS = 5).

Después de identificar las USF ubicadas en un contexto de alta vulnerabilidad social, los profesionales de la salud proporcionaron una lista de hogares con al menos dos personas mayores. Considerando una población de 177 adultos mayores cuidadores de adultos mayores, una prevalencia de trastornos del sueño en adultos mayores del 44,9%¹⁵, un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 6%, la muestra calculada utilizando la plataforma Práctica Clínica^{®16} fue de 59 cuidadores de adultos mayores. De los 177 adultos mayores registrados, 112 fueron excluidos (tres fallecimientos; 15 cambios de domicilio; 50 negativas a participar; 36 adultos mayores no localizados tras tres intentos de visitas domiciliarias; y ocho entrevistas incompletas), por lo tanto, la muestra final estuvo compuesta por 65 adultos mayores cuidadores de personas mayores.

Se respetaron todos los aspectos éticos de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, el proyecto fue autorizado por la Secretaría Municipal de Salud de San Carlos y aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la institución, y todos los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI).

La recolección de datos se realizó desde julio de 2019 hasta marzo de 2020 mediante entrevistas domiciliarias realizadas por ocho estudiantes de grado y posgrado previamente capacitados. Inicialmente se contactó a las cinco USF ubicadas en contextos de alta vulnerabilidad social con el fin de identificar residencias con posibles participantes. Posteriormente, se realizaron visitas domiciliarias a todos los cuidadores de adultos mayores para determinar si cumplían con los criterios de inclusión. Los que cumplían con los criterios de inclusión, fueron invitados a participar. Si aceptaban, se programaba una nueva visita para realizar la entrevista.

La entrevista se desarrolló en un espacio reservado de la residencia de los adultos mayores, de forma individual, y tuvo una duración aproximada de dos horas. Se utilizó un cuestionario elaborado por los investigadores.

Las variables de caracterización sociodemográfica y de salud de la muestra fueron: sexo (femenino o masculino), edad (en años), educación (en años), estado civil (con o sin pareja), trabajo fuera del hogar (sí o no), ingreso familiar e individual (en reales), jubilación (sí o no), organización familiar (con quién vive), número de personas que viven en la casa, multimorbilidad (sí o no), número de medicamentos en uso (ninguno, uno, dos o más), dolor (sí o no), actividad física (sí o no), consumo de alcohol (sí o no), tabaquismo (sí o no), cobertura médica privada (sí o no), grado de parentesco (cónyuge, padre /madre, suegro, hermano, otro), cuántas horas y días a la semana dedica al cuidado, cuánto tiempo hace que realiza el cuidado (en años), si ha realizado algún curso preparatorio para ser cuidador (sí o no), si recibe ayuda en la tarea de cuidado (sí o no).

La capacidad funcional con respecto a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se evaluó mediante el índice de Katz. Esta escala fue traducida y validada para su uso en el contexto brasileño y está compuesta por seis secciones que permiten analizar el grado de dependencia del adulto mayor con respecto a bañarse, vestirse, usar el baño, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse. Esto permite comprobar en cuántas actividades básicas de la vida diaria la persona mayor presenta dependencia. Los puntajes oscilan entre cero y seis puntos; los puntajes más altos indican mayor dependencia^{17,18}.

La capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se evaluó mediante la Escala de Lawton y Brody, que evalúa el grado de independencia para utilizar medios de transporte, utilizar el teléfono, preparar comidas, comprar, realizar tareas domésticas, utilizar medicamentos y administrar dinero. Esta escala fue validada y traducida para ser usada en adultos mayores brasileños. Los puntajes obtenidos con la aplicación del instrumento conducen a un puntaje final que puede variar entre 7 y 21 puntos, los puntajes más altos indican mayor independencia (siete puntos significan dependencia total; ocho a 20 puntos dependencia parcial; y 21 puntos independencia)^{19,20}.

Para evaluar la calidad del sueño se utilizó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh²¹. Se trata de un instrumento traducido y validado para ser usado en la población brasileña, compuesto por siete dimensiones que incluyen 19 preguntas. Las dimensiones son: calidad subjetiva del sueño, duración del sueño, latencia del sueño, trastornos del sueño, eficiencia habitual del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna del sueño. El puntaje total oscila entre cero y 21, cuanto mayor sea el puntaje, peor será la calidad del sueño. La calidad del sueño se puede categorizar de la siguiente manera: buena calidad del sueño (de cero a cuatro puntos), mala calidad del sueño (de cinco a diez puntos) y presencia de trastornos del sueño (de 11 a 21 puntos)^{21,22}.

El apoyo social se evaluó mediante la Escala de Apoyo Social del *Medical Outcomes Study* (MOS)^{23,24}, que evalúa la frecuencia del apoyo social percibido. Consta de 19 ítems divididos en las siguientes dimensiones: apoyo material (cuatro ítems); apoyo afectivo (tres ítems); interacción social positiva (cuatro ítems); apoyo emocional (cuatro ítems); e información (cuatro ítems). Los puntajes estandarizados para cada una de las cinco dimensiones de apoyo social se calculan asignándole puntos a cada opción de respuesta (1 – nunca; 2 – rara vez; 3 – a veces; 4 – casi siempre; 5 – siempre). Por ejemplo, en la dimensión de apoyo material, que consta de 4 ítems, si un encuestado respondió "siempre" en dos ítems y "casi siempre" en los otros dos, su puntaje total sería igual a 18. El total de puntos que obtuvo el encuestado en esa dimensión se dividió por 20 (número máximo de puntos de esa dimensión) y se multiplicó por

100, con el fin de estandarizar los resultados de todas las dimensiones, debido a que estaban compuestas por distinto número de ítems. De esta manera se obtuvo un puntaje para cada una de las cinco dimensiones, el cual puede variar de 20 a 100 puntos, y cuanto mayor es el puntaje mayor es el nivel de apoyo social. Este instrumento también fue traducido y validado para ser usado en el contexto brasileño^{24,25}.

La normalidad de las variables se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En el análisis descriptivo de los datos se estimaron distribuciones de frecuencias, medianas y percentiles 25 y 75 (p25 - p75) para las variables numéricas del estudio. Para las variables categóricas, se estimaron las prevalencias. Para identificar diferencias entre los grupos se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Considerando la distribución no paramétrica, se utilizó el Test de Correlación de Spearman para analizar la correlación entre el puntaje de calidad del sueño y las dimensiones de apoyo social. La magnitud de la correlación se clasificó como débil (<0,3); moderada (0,3 a 0,59); fuerte (0,6 a 0,9) y perfecta (1,0)²⁶. Se adoptó un nivel de significancia del 5%. Los datos obtenidos fueron codificados e ingresados por dos *data entry* diferentes en una hoja de cálculo electrónica y analizados con el apoyo del paquete estadístico Stata®, versión 13.

RESULTADOS

La muestra de este estudio estuvo compuesta por 65 cuidadores de adultos mayores. La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas y de salud de los cuidadores de adultos mayores participantes.

Tabla 1: Distribución de personas mayores que cuidan de otras personas mayores en un contexto de alta vulnerabilidad social según aspectos sociodemográficos, de salud y características del cuidado (n=65). São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020.

Variables		n (%)	mediana (p25 - p75)
Sexo	Masculino	28 (43,1)	
	Femenino	37 (56,9)	
Edad (años)			69 (64 - 73)
Estado civil	Con pareja	61 (93,9)	
	Sin pareja	4 (6,1)	
Años de estudio			3 (1 - 4)
Ingreso personal			998,00 (998,00 - 1.500,00)
Ingreso familiar			2.090,00 (1.996,00 - 3.000,00)
Multimorbidad	Sí	62 (95,4)	
	No	3 (4,6)	
Uso de medicamentos	Dos o más	47 (72,3)	
	Uno	10 (15,4)	
	Ninguno	8 (12,3)	
Dolor	Sí	59 (90,8)	
	No	6 (9,2)	
Calidad del sueño	Mala	33 (50,8)	
	Buena	17 (26,1)	
	Trastornos del sueño	15 (23,1)	
Puntaje total de la calidad del sueño			7 (4 - 19)
ABVD	Independencia	48 (73,9)	
	Dependencia en una actividad	16 (24,6)	
	Dependencia en dos actividades	1 (1,5)	
AIVD	Dependencia parcial	41 (63,1)	
	Independencia	24 (36,9)	
Quién recibe el cuidado	Cónyuge	58 (89,3)	
	Padre/Madre	3 (4,6)	
	Suegro/Suegra	1 (1,5)	
	Hermano/Hermana	1 (1,5)	
	Otro	2 (3,1)	
Tiempo de cuidado (años)			5 (2 - 17,5)
Horas diarias de cuidado			24 (10 - 24)
Días semanales de cuidado			7 (5 - 7)
Capacitación previa	No	63 (96,9)	
	Sí	2 (3,1)	
Recibe ayuda para el cuidado	No	38 (58,5)	
	Sí	27 (41,5)	

Nota: ABVD – Actividades Básicas de la Vida Diaria; AIVD – Actividades Instrumentales de la Vida Diaria; p25 - percentil 25; p75 - percentil 75.

Predominaron las mujeres, cuidadoras de su cónyuge, con multimorbilidad, con uso de dos o más medicamentos, con dolor crónico autor referido y mala calidad del sueño.

En cuanto al puntaje total de la escala de apoyo social, la mediana para cada dominio fue: apoyo material (90); apoyo afectivo (100); interacción social positiva (80); apoyo emocional (85) y apoyo de información (85). La Tabla 2 muestra la correlación entre la calidad del sueño y las dimensiones de apoyo social.

Tabla 2: Correlación de Spearman entre la calidad del sueño y las dimensiones de apoyo social (n=65). São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020.

	Calidad del sueño	
	Rho	p
Apoyo material	-0,22	0,081
Apoyo afectivo	0,01	0,930
Apoyo emocional	-0,09	0,433
Apoyo de información	-0,24	0,054
Interacción social positiva	-0,27	0,028

Se observó una correlación inversa y débil entre la calidad del sueño y la dimensión “interacción social positiva” (Rho= -0,27; p=0,028), es decir, cuanto mayor es el puntaje obtenido en esta dimensión de apoyo social, menor es el puntaje en el Instrumento que evalúa la calidad del sueño.

La Tabla 3 proporciona los puntajes promedio de las dimensiones de apoyo social según las características del sueño.

Tabla 3: Puntaje promedio y valores p de las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis realizadas entre las dimensiones de apoyo social y las características del sueño (n=65). São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020.

	Material	p	Afectivo	p	Emocional	p	Información	p	Int. Social	p
Calidad sueño*										
Buena	90,0	0,671 ¹	100,0	0,336 ¹	85,0	0,988 ¹	90,0	0,565 ¹	85,0	0,094 ¹
Mala	90,0		93,3		85,0		80,0		85,0	
Tras. del sueño	85,0		100,0		90,0		75,0		70,0	
Calid. Subj. Sueño										
Buena	90,0	0,134 ²	100,0	0,512 ²	85,0	0,077 ²	85,0	0,478 ²	85,0	0,001²
Mala	82,5		100,0		70,0		75,0		62,5	
Latencia del sueño										
Corta	90,0	0,167 ²	100,0	0,536 ²	85,0	0,141 ²	87,5	0,211 ²	82,5	0,051 ²
Larga	85,0		93,3		65,0		80,0		60,0	
Duración del sueño										
Recomendada	90,0	0,656 ²	100,0	0,590 ²	85,0	0,840 ²	90,0	0,237 ²	80,0	0,242 ²
No recomend.	87,5		100,0		85,0		80,0		72,5	
Eficiencia del sueño										
Eficiente	90,0	0,728 ²	86,6	0,026²	80,0	0,190 ²	85,0	0,739 ²	75,0	0,508 ²
No eficiente	85,0		100,0		90,0		85,0		80,0	
Uso medicac.										
Nulo/poco fr.	90,0	0,185 ²	100,0	0,372 ²	85,0	0,471 ²	85,0	0,359 ²	80,0	0,694 ²
Muy frec.	80,0		90,0		85,0		77,5		75,0	
Disf. diurna										
Poca molest.	90,0	0,034²	100,0	0,164 ²	85,0	0,108 ²	85,0	0,058 ²	85,0	0,008²
Mucha molest.	77,5		90,0		77,5		75,0		62,5	

Nota: *puntaje total; Int. Social = Interacción Social Positiva; Tras. del sueño = Trastornos del sueño; Calid. Subj. Sueño = Calidad Subjetiva del sueño; No recomendada = No recomendada; Uso medicación = Uso de medicación para dormir; Nulo/poco fr. = Nulo/poco frecuente; Muy frec. = Muy frecuente; Disf. Diurna = Disfunción diurna; Poca molest. = Poca molestia diurna; Mucha molest. = Mucha molestia diurna; ¹ = teste de Kruskal-Wallis; ² = teste de Mann Whitney

Se identificaron resultados estadísticamente significativos entre: apoyo material y disfunción diurna (p=0,034); apoyo afectivo y eficiencia del sueño (p=0,026); interacción social positiva y calidad subjetiva del sueño (p=0,001) y disfunción diurna (p=0,008).

DISCUSIÓN

En cuanto a la calidad del sueño, predominaron los cuidadores adultos mayores que presentaban mala calidad del sueño. El deterioro del sueño nocturno de los cuidadores puede estar relacionado con la intensidad diaria del cuidado y su larga duración²⁷⁻²⁹. Si se considera que los cuidadores evaluados en el presente estudio venían realizando la tarea de cuidar hace muchos años, durante varias horas al día y sin apoyo de otras personas, el deterioro del sueño observado puede estar relacionado con cuestiones vinculadas a la tarea de cuidar. La insatisfacción con el sueño puede provocar irritabilidad, falta de motivación, reducción de la capacidad de concentración y claridad en la toma de decisiones²⁸, lo que puede tener un impacto negativo en la atención brindada y en la calidad de vida relacionada con la salud del cuidador.

Hay que analizar el deterioro del sueño nocturno de estos cuidadores mayores desde la perspectiva de la vulnerabilidad social a la que están expuestos. La restricción de recursos sociales y económicos y de acceso a bienes y servicios, hace que estos individuos sean susceptibles al riesgo de enfermedades y de daños relacionados con la salud³⁰.

A esto se suman los cambios fisiológicos relacionados con la calidad y cantidad del sueño nocturno que se producen durante el proceso de envejecimiento, que incluyen la reducción de la secreción endógena de melatonina; mayor aparición de transiciones entre las etapas de sueño y vigilia; sueño profundo de corta duración; aumento del tiempo de latencia hasta el inicio del sueño; desorganización del ritmo circadiano y deterioro de los órganos de los sentidos capaces de reconocer señales temporales³¹. Por lo tanto, puede haber una mayor prevalencia de mala calidad del sueño.

En cuanto a la red de apoyo social de los cuidadores de adultos mayores, la literatura muestra que quienes tienen una red social adecuada y activa cuentan no sólo con recursos sociales disponibles, sino que también pueden recibir apoyo y apoyar a otra persona³². Se observa que, independientemente de las variaciones cuantitativas en la composición de las redes de las personas mayores, el nivel de importancia de las mismas radica, principalmente, en la calidad del apoyo que reciben³³.

Con respecto al apoyo social, el puntaje más alto se obtuvo en la dimensión afectiva y el puntaje más bajo en la dimensión de interacción social positiva, pero se encontraron altos niveles de apoyo social en todas las dimensiones. Estudios realizados con adultos mayores no cuidadores^{34,35} y con adultos mayores cuidadores³⁶ también obtuvieron datos similares.

En el presente estudio, el apoyo afectivo tuvo mayor puntaje debido a que las demostraciones de afecto, amor y cariño se notan más fácilmente, especialmente si se considera el contexto y etapa de la vida en que la se encuentran³⁴. También se identificó que los participantes con pocas molestias diurnas tuvieron puntajes más altos en apoyo material. La literatura indica que, al recibir el apoyo material que necesitan, las personas mayores se sienten tranquilas, protegidas y duermen mejor³⁴, y están dispuestas a realizar actividades al día siguiente.

En cuanto a la interacción social positiva, los puntajes fueron bajos, esto puede deberse a que las jornadas de cuidado son largas, requieren varias horas y días de la semana, lo que les deja poco tiempo para divertirse con los demás^{34,35}. Las actividades ininterrumpidas se relacionan con el aislamiento social, pues además de prestar cuidados, los cuidadores requieren tiempo para realizar las tareas domésticas³⁵.

Cabe destacar que los cuidadores de adultos mayores participantes del estudio están insertos en un contexto de situaciones adversas y de recursos restringidos. Por lo tanto, el apoyo social puede verse como un recurso relacionado con la resiliencia. La literatura indica que la percepción de disponibilidad de apoyo social le permite al individuo tener una visión positiva de la vida y de las adversidades, que le sirve como estrategia para afrontar situaciones estresantes^{35,36}.

Las relaciones sociales basadas en la reciprocidad y la confianza pueden ayudar a regular las emociones y afrontar el estrés y, por ende, producir efectos positivos sobre el sueño nocturno. El sentimiento de pertenencia y aprecio y compartir experiencias también puede mejorar el estado de ánimo, y dar como resultado un sueño satisfactorio. En este sentido, la depresión puede considerarse un mediador importante entre el apoyo social y la calidad del sueño, ya que las personas deprimidas tienden a tener poca participación social y presentar quejas relacionadas con el sueño^{9,13}.

Se observó que hay una correlación entre la calidad del sueño y la dimensión "interacción social positiva": cuanto mayor es el puntaje obtenido en esta dimensión de apoyo social, menor es el puntaje en el instrumento que evalúa la calidad del sueño. Además, se identificó que los cuidadores de edad avanzada con buena calidad del sueño y pocas molestias durante el día tenían puntajes más altos de interacción social positiva. Un estudio chileno identificó resultados convergentes²⁵. Por lo tanto, es evidente que una mayor interacción social se relaciona con una mejor calidad del sueño^{9,34}. La interacción social puede ser beneficiosa para la calidad del sueño.

La Teoría del Estrés, como se mencionó en la introducción, sugiere que la calidad de las relaciones sociales influye en las condiciones de salud del individuo⁷. Por ende, las relaciones sociales amistosas pueden generar un apoyo percibido satisfactorio y funcionar como factores protectores de la salud en la vejez³¹. Cabe destacar que eso es importante en el contexto del cuidado, dado que los cuidadores deben tener buena salud física y mental para brindar una atención de

calidad². Por lo tanto, la enfermera y el equipo multidisciplinario pueden planificar intervenciones basadas en varios componentes, con el fin de proponer estrategias para evitar el aislamiento social y mejorar la calidad del sueño de las personas, como grupos de actividad física, de estimulación cognitiva y de fomento del autocuidado³⁴.

En la presente investigación, los aspectos positivos con respecto a las características del sueño se asocian con puntajes más altos de apoyo social. Los estudiosos sugieren que estar cerca de otras personas brinda seguridad frente a posibles adversidades. Pertenecer a una red social de apoyo les da a las personas mayores la tranquilidad de tener con quién contar para solucionar problemas rutinarios. También afirman que los cambios en la vida pueden generar ansiedad y elucubraciones, que podrían disminuir con el apoyo social, que genera una sensación de bienestar y, por consiguiente, un mejor sueño nocturno³⁷.

Por otro lado, el único aspecto que iba en el sentido contrario de esta discusión fue la relación que se encontró entre el apoyo afectivo y la eficiencia del sueño, es decir, cuando se registró sueño ineficiente se obtuvo un mayor puntaje de apoyo afectivo. Los cuidadores de edad avanzada con un sueño ineficiente recibieron un mayor puntaje de demostración física de afecto que los que tenían sueño eficiente.

Los investigadores sugieren que tener pareja se refleja en mayores muestras de afecto, ternura y cariño, lo que lleva a suponer que las personas mayores podrían pasar más tiempo en la cama despiertas que dormidas. Las asociaciones positivas en las relaciones reflejan compromiso, compañerismo y pueden afectar negativamente el sueño nocturno debido a la adopción de horarios de sueño irregulares³⁷. Por otro lado, una posible explicación sería que estas personas mayores con sueño ineficiente puedan recibir altos niveles de demostración física de afecto y cariño porque tienen mayores demandas.

Limitaciones del estudio

Al tratarse de un estudio de corte transversal, no se puede atribuir una relación de causa y efecto entre las variables, es decir, no sabemos si una buena calidad del sueño se refleja en mejor apoyo social o si un mejor apoyo social se refleja en una mejor calidad del sueño.

Además, una muestra pequeña y específica de cuidadores de personas mayores impide la generalización de los hallazgos. La investigación sobre la calidad del sueño y el apoyo social de los cuidadores de personas mayores es incipiente, lo que limita las comparaciones entre los hallazgos y la literatura. Por lo tanto, es fundamental que se realicen nuevos estudios, con diseño longitudinal, con cuidadores de personas mayores residentes en la comunidad para verificar la dirección de la relación entre esas variables.

CONCLUSIÓN

El estudio demostró que hay una correlación inversa y débil entre la calidad del sueño y la dimensión de interacción social positiva, es decir, cuanto mayor es la interacción social, mejor es la calidad del sueño y viceversa. Además, se identificaron resultados estadísticamente significativos entre tipos de apoyo y componentes del sueño (apoyo material y disfunción diurna; apoyo afectivo y eficiencia del sueño; interacción social positiva y calidad subjetiva del sueño y disfunción diurna). En general, los aspectos positivos con respecto a las características del sueño se relacionan con puntajes más altos de apoyo social.

Los hallazgos de este estudio pueden contribuir a la atención de enfermería orientada a la atención integral de las personas mayores y sus familias, considerando la importancia del cuidador, con el objetivo de promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas mayores que cuidan de otras personas mayores.

REFERENCIAS

1. Fulmer T, Reuben DB, Auerbach J, Fick DM, Galambos C, Johnson KS. Actualizing better health and health care for older adults. *Health Affairs*. 2021 [cited 2023 Mar 29]; 40:219–25. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01470>.
2. Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: a systematic review. *Gerontologist*. 2019 [cited 2023 Mar 29]; 59(5):e629–42. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gny137>.
3. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Esc. Anna Nery*. 2017 [cited 2023 Mar 29]; 21(1):e20170013. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.
4. Carmo MED, Guizardi FL. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in health and social welfare. *Cad Saude Publica*. 2018 [cited 2023 Mar 29]; 34(3):e00101417. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>.
5. Bezerra MAA, Neres CCS, Bottcher LB, Bezerra GGO. Quality of life and sleep quality of the elderly. *RIEC*. 2018 [cited 2023 Mar 29]; 1(1):1-15. Available from: https://www.researchgate.net/publication/330760959_QUALIDADE_DE_VIDA_E_QUALIDADE_DO_SONO_DE_IDOSOS.

6. Costa SV, Ceolim MF, Neri AL. Sleep problems and social support: frailty in a Brazilian Elderly Multicenter Study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011 [cited 2023 Mar 29]; 19(4):920-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400010>.
7. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am. J. Epidemiol*. 1976 [cited 2023 Mar 29]; 104(2):107-23. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>.
8. Kishimoto Y, Okamoto N, Saeki K, Tomioka K, Obayashi K, et al. Bodily pain, social support, depression symptoms and stroke history are independently associated with sleep disturbance among the elderly: a cross-sectional analysis of the Fujiwara-kyo study. *Environ Health Prev Med*. 2016 [cited 2023 Mar 29]; 21(5):295-303. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12199-016-0529-z>.
9. Stafford M, Bendayan R, Tymoszuk U, Kuh D. Social support from the closest person and sleep quality in later life: Evidence from a British birth cohort study. *J Psychosomatic Res*. 2017 [cited 2023 Mar 29]; 98:1-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.04.014>.
10. Cheng GHL, Malhotra R, Chan A, Ostbye T, Lo JC. Weak social networks and restless sleep interrelate through depressed mood among elderly. *Qual Life Res*. 2018 [cited 2023 Mar 29]; 27(10):2517-24. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1895-3>.
11. Leon-Gonzalez R, Rodriguez-Artalejo F, Ortola R, Lopez-Garcia E, Garcia-Esquinas E. Social network and risk of poor sleep outcomes in older adults: results from a Spanish prospective cohort study. *Nat Sci Sleep*. 2021 [cited 2023 Mar 29]; 7(13):399-409. DOI: <https://doi.org/10.2147/NSS.S288195>.
12. Wakefield JRH, Bowe M, Kellezi B, Butcher A, Groeger JA. Longitudinal associations between family identification, loneliness, depression, and sleep quality. *Br J Health Psychol*. 2019 [cited 2023 Mar 29]; 25(1):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12391>.
13. Xu R, Lin Y, Zhang B. Relationship among sleep quality, depressed mood, and perceived social support in older adults: a longitudinal study. *Journal of Pacific Rim Psychology*. 2021 [cited 2023 Mar 29]; 15:1-11. DOI: <https://doi.org/10.1177/18344909211052658>.
14. Fundação SEADE. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo; 2010 [cited 2019 Dec 19]. Available from: <http://www.ipvs.seade.gov.br/ipvs2010/view/index.php>.
15. Moreno CRDC, Santos JLF, Lebrão ML, Ulhôa MA, Duarte YADO, et al. Sleep disturbances in older adults are associated to female sex, pain and urinary incontinence. *Rev. bras. epidemiol*. 2019 [cited 2023 Mar 29]; 21(2):e180018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180018.supl.2>.
16. Grupo Prática Clínica. Prática clínica: cálculo amostral [site de internet]. 2023 [cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://praticaclinica.com.br/anexos/ccolaborativa-calculo-amostal/ccolaborativa-calculo-amostal.php>.
17. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963 [cited 2023 Mar 29]; 185(12):914-9. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.
18. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad. Saúde Pública*. 2008 [cited 2023 Mar 29]; 24(1):103-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.
19. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 [cited 2023 Mar 29]; 9:179-86. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
20. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. *RBPS*. 2008 [cited 2023 Mar 29]; 21(4):290-6. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-8694.20130036>.
21. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo ICS, Barba MEF, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med*. 2011 [cited 2023 Mar 29]; 12(1):70-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>.
22. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989 [cited 2023 Mar 29]; 28(2):193-213. DOI: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4).
23. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Social network and social support measures from the Pró-Saúde Study: pre-tests and pilot study. *Cad. Saúde Pública*. 2001 [cited 2023 Mar 29]; 17:887-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400022>.
24. Griep RH, Chor D, Faerstein F, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2003 [cited 2023 Mar 29]; 19(2):625-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200029>.
25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 1991 [cited 2023 Mar 29]; 32(6):705-14. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B).
26. Levin J, Fox JA. Estatística para ciências humanas [cited 2023 Mar 29] 11ed. São Paulo: Prentice-Hall; 2012.
27. Ekstrom H, Auoja NL, Elmstahl S, Wrangler LS. High burden among older family caregivers is associated with high prevalence of symptoms: data from the Swedish Study “Good Aging in Skane (GAS)”. *J Aging Res*. 2020 [cited 2023 Mar 29]; 5272130. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/5272130>.
28. Simón MA, Bueno AM, Otero P, Blanco V, Vazquez FL. Caregiver burden and sleep quality in dependent people’s family caregivers. *J Clin Med*. 2019 [cited 2023 Mar 29]; 8(7):1072. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm8071072>.
29. Simón MA, Bueno AM, Otero P, Blanco V, Vazquez FL. Insomnia in female family caregivers of totally dependent patients with dementia: an exploratory study. *Behav Psychol*. 2019 [cited 2023 Mar 29]; 27(1):107-19. Available from: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/04/07.Simon_27-1rEn.pdf.
30. Alves EVC, Flesch LD, Cachioni M, Neri AL, Batistoni SST. The double vulnerability of elderly caregivers: multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018 [cited 2023 Mar 29]; 21(3):12-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180050>.

31. Yaremchuk K. Sleep disorders in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2018 [cited 2023 Mar 29]; 34(2):205-16. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.008>.
32. Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Social network and older people's functionality: Health, Well-being, and Aging (SABE) study evidences. *Rev Bras Epidemiol*. 2018 [cited 2023 Mar 29]; 21(n.supp.2):e180003. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>.
33. Rocha LPD, Oliveira ER, Mota MMPE. Relationship between social support and subjective well-being in older people: Systematic Review. *Rev. bras. promoç. saúde*. 2017 [cited 2023 Mar 29]; 30(4):1-13. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6472>.
34. Hizmeri ER, Mena RP, Agüero SD. Relación entre apoyo social percibido, severidad de insomnio y somnolencia diurna en adultos mayores. *Rev Instit Invest Cienc Salud*. 2020 [cited 2023 Mar 29]; 18(3):34-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.03.34>.
35. Tavares DMS, Oliveira NGN, Ferreira PCS. Social Support and health conditions of Brazilian elderly in the community. *Cienc. Enferm*. 2020 [cited 2023 Mar 29]; 26(9):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400010>.
36. Pavarini SCI, Ottaviani AC, Brigola AG, Fraga FJ, Chagas MHN, Oliveira NA, et al. Association between perceived social support and better cognitive performance among caregivers and non-caregivers. *Rev Bras Enferm*. 2021 [cited 2023 Mar 29]; 74(2):e20200329. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0329>
37. Child S, Ruppel EH, Zhong M, Lawton L. Direct and moderating causal effects of network support on sleep quality: findings from the UC Berkeley social network study. *Ann Behav Med*. 2020 [cited 2023 Mar 29]; 55(5):446-59. DOI: <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa082>.

Contribuciones de los autores

Concepción, A.A.S.O. y D.C.B.; Metodología, A.A.S.O. y D.C.B.; Software, T.R.P.B.; Validación, A.A.S.O., A.C.O y K.I.; Análisis Formal, T.R.P.B.; Investigación, A.A.S.O. y D.C.B; Obtención de recursos, A.A.S.O.; Curaduría de Datos, T.R.P.B. y A.A.S.O.; Redacción – Original Preparación de Borradores, D.C.B., A.C.O., E.S.A., K.I., T.R.P.B. y A.A.S.O.; Redacción – Revisión y Edición D.C.B., A.C.O., E.S.A., K.I., T.R.P.B. y A.A.S.O.; Visualización, D.C.B., A.C.O., E.S.A., K.I., T.R.P.B. y A.A.S.O.; Supervisión, A.A.S.O.; Administración del Proyecto, A.A.S.O.; Adquisición de Financiación, A.A.S.O. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.