

Calidad del sueño en pacientes de 40 a 59 años

RESUMEN

El sueño es un estado regular, recurrente, reversible, caracterizado por tranquilidad, pérdida de conciencia, ojos cerrados, inactividad e incremento en el umbral de respuesta a estímulos externos en comparación con el estado de vigilia. La calidad de sueño depende de factores internos, como el comportamiento del organismo, y externos, como condiciones ambientales que pueden no ser favorables para los patrones de sueño saludables.

Objetivo general: averiguar la calidad de sueño en población de 40 a 59 años.

Material y métodos: se aplicó el cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y ficha sociodemográfica a 400 pacientes que acudieron a consulta externa.

Resultados: 23.5% no reportó problemas en su calidad de sueño, 33.3% ligera pérdida, 17.3% moderada pérdida y 26.3% mala calidad de sueño. En pruebas de comparación hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p=0.001$), solteros y casados ($p=0.007$), entre pacientes utilizando ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos ($p=0.000$), con antihipertensivos, antihiperglucémicos, diuréticos, antiácidos ($p=0.001$). Investigaciones en México informan prevalencia de 36% en alteraciones en la calidad de sueño en médicos, 64% en pacientes que acuden a consulta en Monterrey y D.F. La encuesta de epidemiología psiquiátrica incluye las alteraciones en la calidad de sueño como un síntoma de enfermedad mental en 3.04%. En la presente investigación la prevalencia de las alteraciones es de leve a grave en 76.9% de la población estudiada, mayor en hombres y se ha profundizado en variables que alteran la calidad, cantidad, así como en factores perturbadores.

Palabras clave: calidad de sueño, cantidad de sueño, factores perturbadores, disfunción diurna, medicamentos.

Quality of sleep in patients from 40 to 59 years of age

ABSTRACT

The dream is a regular condition, recurrent, reversible, and characterized by tranquility, loss of conscience, closed eyes, inactivity and increase in threshold to response of external stimulus in comparison to the condition of being awake. The sleep quality depends on internal factors, such as the behavior of the organism and externals such as environmental conditions that cannot be favorable for healthy natural sleep.

Elvira Cabada-Ramos¹
Jennifer Cruz-Corona²
Carolina Pineda-Murguía³
Hernán Sánchez-Camacho⁴
Esther Solano-Heredia⁵

¹ Titular del Servicio de Psicología.

²⁻⁵ Pasantes de servicio social de Psicología.
Clínica Hospital ISSSTE, Orizaba, Veracruz

Recibido: 12 mayo 2015

Aceptado: 11 agosto 2015

Correspondencia: Psic. Elvira Cabada Ramos
Clínica Hospital ISSSTE
Ave. Las Gardenias s/n
Col. El Espinal, Orizaba, Veracruz
elviracabada@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Cabada-Ramos E, Cruz-Corona J, Pineda-Murguía C, Sánchez-Camacho H, Solano-Heredia E. Calidad del sueño en pacientes de 40 a 59 años. Rev Esp Med Quir 2015;20:275-283.

Objective: To identify the prevalence of the quality of dream in a population of subjects from 40 to 59 years of age.

Materials and methods: The Pittsburgh Sleep Quality Index and sociodemographic questionnaire was given to 400 patients.

Results: 23.5% did not report problems in sleep quality, 33.3% reported light loss, 17.3% reported moderate loss, and 26.3% reported bad sleep quality. In comparison tests, we found statistical significance between men and women ($p=0.001$), singles and married ($p=0.007$), patients using antidepressant and antipsychotic drugs ($p=0.000$), and people who use medicine for treating high blood pressure, diuretics, antiacids and medications to control high blood sugar ($p=0.001$). Researches in Mexico, inform a prevalence of 36% in alterations of sleep quality in medical doctors, and 64% in patients who come to a external consultation. The survey of psychiatric epidemiology includes insomnia, as a symptom of mental illness in 3.04%. In the present investigation, the prevalence of alteration in sleep quality is 76.9%, higher in men, and it is necessary to study this problem, penetrating into all the variables that alter the quality and quantity, as well as disturbing factors.

Key words: sleep quality, sleep quantity, disturbing factors, daily malfunction, medicine.

INTRODUCCIÓN

El sueño es esencial en nuestras vidas, pasamos una tercera parte del tiempo durmiendo, es una función biológica fundamental. Tener una noche de descanso satisfactoria proporciona adecuada calidad de vida, se amanece con un buen estado de ánimo y con una gran energía y motivación para involucrarse en las actividades diarias y el rendimiento cotidiano se percibe como satisfactorio.

El sueño se define como un estado del organismo, regular, recurrente y fácilmente reversible que se caracteriza por una relativa tranquilidad y por un gran aumento del umbral de la respuesta a los estímulos externos en relación con el estado de vigilia.¹ Es un estado fisiológico complejo, una función universal del cerebro utilizada por el organismo para recuperarse de los esfuerzos sufridos durante el periodo de vigilia, es un es-

tado transitorio y reversible de desconexión con el medio, el cual se puede detectar mediante las alteraciones de las ondas cerebrales, las cuales cambian dependiendo del ciclo del sueño. La calidad de sueño depende de factores internos como el comportamiento del organismo y externos como condiciones ambientales, factores estresores o conflictos que no son favorables para los patrones de sueño saludables en el individuo. Está íntimamente relacionado con el estado de salud: si existe una adecuada calidad de sueño la salud mental y la física se observan mejoradas; por el contrario, si existe una enfermedad habrá una alta probabilidad de que la calidad de sueño se vea afectada al tener que interrumpir el sueño a causa de la ingesta de medicamentos o cuando el malestar general que ocasiona la enfermedad provoca modificaciones en el patrón de sueño. El sueño en condiciones normales está caracterizado por etapas superficiales y profundas que suceden cíclicamente durante toda la noche y

que pueden ser medidas mediante estudios neurológicos. El perfil de aparición de las distintas etapas de sueño es variable para cada persona, dependiendo de la edad o de los padecimientos físicos y mentales, entre otras variables.² Desde el punto de vista conductual el sueño puede definirse como un estado regular, recurrente, fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad, pérdida reversible del estado de conciencia, ojos cerrados, presentación espontánea con ritmo endógeno, inactividad y un gran incremento en el umbral de respuesta a estímulos externos en comparación con el estado de vigilia. Ciertas características electroencefalográficas y poligráficas forman parte de la definición del sueño en razón de su asociación regular y constante. La cantidad de sueño necesaria para cada individuo está condicionada por factores que dependen del ambiente, el organismo y el comportamiento, ya que varía de acuerdo con necesidades y estilos de vida.

El concepto calidad de sueño únicamente puede ser evaluado mediante escalas de autoevaluación y los resultados obtenidos varían según las características específicas de cada individuo y de la percepción del mismo. Este tipo de evaluación es totalmente subjetiva pero también incluye aspectos cuantitativos como la duración el sueño, número de despertares, el tiempo de latencia y aspectos cualitativos como la sensación de descanso o el estado de ánimo.³ En los adultos la duración total del sueño tiene grandes variaciones individuales con promedio de 7 horas. El 50% de los adultos jóvenes duerme en sueño lento y ligero y entre 15-20% en sueño lento y profundo; 20-25% en sueño de movimientos oculares rápidos (REM). A lo largo de la vida disminuye progresivamente el tiempo total de sueño así como los porcentajes relativos de sueño lento profundo y no REM.⁴

Hay cuatro tipos de patrón de sueño: el corto (cinco horas o menos), el largo (más de nueve

horas), el patrón de sueño medio (entre siete u ocho horas) y el variable con inconsistencia en los hábitos de sueño.⁵ Independientemente de la cantidad de sueño también se habla de un sueño eficiente o de buena calidad o de personas con sueño no eficiente o de mala calidad. También existen diferencias en la tendencia circadiana del sueño-vigilia, sujetos matutinos que se acuestan y levantan temprano y sujetos vespertinos que se acuestan y levantan tarde.⁶ El insomnio es la experiencia de sueño pobre o inadecuado que puede caracterizarse por uno o varios de los siguientes problemas: dificultad para empezar a dormir, dificultad para mantener el sueño, despertar precoz y sensación de no haber descansado.⁷ Los trastornos del sueño se han relacionado con factores como mayor edad, sexo femenino, no contar con pareja, estado socioeconómico bajo. Varios estudios reportan que 50% de los adultos presenta síntomas de insomnio y que entre 15 y 29% de los adultos lo presentan lo suficientemente severo como para causar alteraciones en su vida diaria. Entre 25 y 35% de la población padece insomnio ocasional o transitorio.⁸

Este padecimiento puede presentarse en personas aparentemente sanas pero que informan alteraciones en sus patrones de sueño debido a factores eventuales como son problemas laborales, personales, situaciones estresantes, que no están asociados con enfermedades de tipo psiquiátrico o físico pero que se manifiestan mediante cambios conductuales importantes como pérdida de la motivación, actitudes defensivas, juicios deficientes, lentificación en los procesos del pensamiento, escaso rendimiento intelectual, irritabilidad, cansancio extremo, pérdida de concentración y de atención dificultando su funcionamiento social, personal y laboral, incrementando el riesgo de sufrir accidentes o trastornos psiquiátricos.⁹

Son escasos los estudios sobre la calidad de sueño que se han realizado en México; resaltan

dos que midieron la frecuencia del insomnio en ciudades como Monterrey y el Distrito Federal en poblaciones que acudieron a consulta externa en hospitales generales. En Monterrey se encontró un prevalencia de 36% y en el D.F. fue de 64%; de estos 8.4% presentó dificultades severas para conciliar el sueño. Igual que en otros países en estos estudios se confirmó que en México el insomnio es más frecuente en mujeres que en hombres y que 2.2% de la población padece fragmentación importante del ciclo de sueño al despertar y levantarse más de 3 veces por la noche.¹⁰ En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México publicada en 2003 no se reportó específicamente el porcentaje de población afectada por algún tipo de trastorno del sueño, esos datos quedaron incluidos en el informe de otras afecciones psiquiátricas con una prevalencia de 3.04% de la población total estudiada.¹¹

En 1999, de la población adulta en México, 62% reportaba uno o más problemas en su ciclo de sueño, para 2005 se incrementó a 75%.¹² Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo (como la necesidad de restauración neurológica) sino que afectan el desarrollo y funcionamiento normal del individuo en la sociedad: rendimiento laboral o escolar, relaciones interpersonales, seguridad vial, entre otros. La calidad del sueño es un aspecto clínico de enorme relevancia y sobre la cual existen pocos estudios encaminados a conocer la prevalencia de los factores que constituyen la calidad del sueño como la percepción subjetiva, latencia del sueño, su duración, eficiencia habitual, perturbaciones en el ciclo como tos, ronquidos, calor, frío, necesidad de levantarse para ir al baño; así como el uso de medicación que ayude a conciliarlo o enfermedades y medicamentos que alteren su ciclo. La función fisiológica principal es mejorar el rendimiento físico y mental del individuo, esto ocurre si el sueño es de adecuada calidad y cantidad y ello depende de diversos

factores, su conocimiento es de vital importancia ya que permite realizar intervenciones pertinentes con la finalidad de evitar afectaciones a la vida personal y laboral del individuo. Una de las principales quejas de los pacientes que acuden a consulta de psicología y a los grupos psicoeducativos de salud mental es su mala calidad de sueño que se ve reflejada en alteraciones del estado de ánimo, cansancio y baja productividad para realizar incluso las actividades cotidianas más sencillas. De ahí la importancia de este estudio para conocer en realidad si son los factores fisiológicos, psicológicos o el entorno lo que afecta el ciclo de sueño de los pacientes y de esta forma plantear sugerencias viables que los ayuden a mejorar.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: trasversal, descriptivo, observacional.

Metodología: se aplicó el cuestionario Índice de calidad de sueño y una ficha sociodemográfica diseñada para el estudio a pacientes que acudieron a consulta externa y grupos psicoeducativos de salud mental, durante los meses de enero a julio del 2013. Fue resuelto de manera individual, para evitar sesgos, quedando abierta la posibilidad de solucionar dudas durante el proceso. Tomó 30 minutos resolver el cuestionario y también se realizó análisis del expediente para corroborar diagnósticos y medicamentos.

Manejo de datos: se presentan los resultados como estadística descriptiva, porcentajes y frecuencias. Estadística inferencial, pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, Spearman. Significación estadística de 0.05 utilizando el Programa SPSS21.

Delimitación de la muestra: el universo lo constituyen 22 479 derechohabientes registrados en la pirámide poblacional de la Clínica Hospital

ISSSTE de Orizaba, Veracruz, en la fecha del estudio. Población: 2 324 hombres y 3 488 mujeres de 40 a 59 años, censados. Muestra: de acuerdo con la fórmula inferencial finita el mínimo requerido para ser representativo eran 123 mujeres y 121 hombres; se decidió la muestra a conveniencia, no aleatoria, y se aplicaron 200 encuestas a hombres y 200 a mujeres para una mayor representatividad.

Descripción del instrumento: cuestionario Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh diseñado por Buysse y Reynolds en 1989 y validada al español por Macías y Royuela en 1996, escala de autoevaluación conformada por 19 reactivos agrupados en siete dimensiones: calidad del sueño subjetiva; latencia del sueño; duración del sueño; eficiencia habitual del sueño; perturbaciones del sueño (tos, ronquidos, dolores, calor, frío, necesidad de levantarse para ir al baño); uso de medicamentos inductores de sueño; disfunción diurna; insomnio e hipersomnia. Se contesta utilizando una escala de Lickert de 4 grados donde 0 significa ausencia de problemas y 3 problemas graves, el marco de referencia temporal es el mes previo. Proporciona un perfil de la calidad de sueño con base en una puntuación en cada una de las dimensiones y una puntuación global equivalente al diagnóstico que puede oscilar de 0 a 42. A partir del punto de corte 6 se cita que sugiere mala calidad de sueño; 6-8 puntos ligera pérdida de calidad de sueño; 9-11 pérdida moderada de la calidad del sueño y mayor de 11 mala calidad de sueño.¹³ También se diseñó ficha para la captura de datos sociodemográficos, tipo de padecimiento y medicamentos de uso habitual.

Consideraciones éticas: el protocolo fue evaluado y autorizado por el Comité de Ética en Investigación de la Clínica Hospital ISSSTE de Orizaba, Veracruz, con acta número 10/PI.0010/2012; también se obtuvieron consentimientos informados de los participantes.

RESULTADOS

Del total de la muestra (N = 400) 21.5% eran solteros y 78.5% casados. La media de edad de la población fue 49.6 con una desviación de ± 5.6 años; hombres 49.84 ± 5.9 , mujeres 49.48 ± 5.4 . Trabajaba como empleado del servicio público federal 73% y 27% se dedicaba a labores del hogar. Escolaridad: 4% con estudios de posgrado, 46.3% licenciatura, 15.3% preparatoria, 24% secundaria, 10.5% primaria. Padecimientos: 14% con diagnóstico de diabetes mellitus; 8% hipertensión arterial; 11% trastornos mentales y del comportamiento; 3.5% enfermedades del aparato digestivo; 45.5% reportó no padecer enfermedad y 18% enfermedades diversas. No tomaba medicamentos 53% pero 7% ansiolíticos, 11% antihipertensivos, 6% antidepresivos, 1.3% productos naturistas, 1.3% hormonales, 2% antipsicóticos, 16% antiglucémicos, 1% antiácidos, 1.5% diuréticos. En cuanto al índice de la calidad de sueño la media del puntaje obtenido por la población fue de 8.42 ± 3.99 , superior al punto de corte de 6 indicativo de inadecuada calidad de sueño. En este caso el diagnóstico sugiere que hay una ligera pérdida en la calidad de sueño. De los encuestados 26.3% obtuvo diagnóstico de mala calidad de sueño (Figura 1). En cuanto a la percepción subjetiva que tienen los pacientes de su calidad de su sueño 12.5% informó que era bastante buena; 63% buena; 20.5% mala y 4% muy mala. Utiliza medicamentos para conciliar el sueño al menos 3 veces por semana el 18%, una o dos veces a la semana 3.3%, menos de una vez a la semana 4% y 74.7% no utiliza inductores del sueño. Somnolencia diurna una o dos veces a la semana 30.3%; menos de una vez a la semana 16.5% y sin somnolencia 34%. Dicha somnolencia diurna provocaba graves problemas para realizar actividades de la vida diaria a 10.8%, era un problema moderado para 13.8%, un leve problema para 18.8% y no le causaba ningún problema a 56.6%. Con respecto a los eventos



Figura 1. Calidad del sueño.

perturbadores del sueño 42.5% despertaba en la madrugada más de tres veces a la semana, 20.3% una o dos veces a la semana, 15% menos de una vez a la semana y 22.2% ninguna ocasión a la semana. Se despertaba tres o más veces a la semana para acudir al sanitario 40.5%, una o dos veces a la semana 22.3%, menos de una vez 13.3% y no se levantaba al baño 24%. Informó de dificultades respiratorios que le despertaban tres o más veces a la semana 7.3%; una o dos veces a la semana 7%; menos de una vez a la semana 9.8% y sin ningún problema respiratorio 76%. Afirmó roncar tres o más veces a la semana 18%; una o dos veces a la semana 11.5%; menos de una vez a la semana 11% y reportó no roncar 59.5%. Despertaba por frío más de tres veces a las semana 7.3%; una o dos veces a la semana 10.5%; menos de una vez a la semana 14% y no despertaba por frío 68.3%. Se despertó por calor más de tres veces a la semana 23.8% y 49% informó no sentirse afectado en su sueño por incremento de la temperatura. Fue despertado por pesadillas de una a más de tres veces por semana 34.4% y por dolores diversos de una a tres veces por semana 26.8%. Dormía solo sin ninguna otra persona en casa 27.5%; solo pero con alguien en otra habitación 5.7%; con alguien en la misma cama 64% y en la misma habitación pero en cama independiente 2.8%. Se acostaba a las 10 de la noche 9.8%; a las 11 de la noche 13%; a las 12 de la noche 6.9% y después de esa hora 70.3%. Aseguró tardar menos de 30 minutos en dormirse 84.5% y más de 30 minutos 15.5%. Indicó levantarse entre las 3 y las 5 de la mañana 57.3%; entre las 6 y 7 de

la mañana 42.7%. Despertaban entre las 3 y las 5 de la mañana 58% de las mujeres y 56.5% de los hombres. Informó sentir como si hubiera dormido menos de 5 horas 60.15% de la población. Informaron menos de 5 horas de sueño 57.3% de las mujeres y 63.8% de los hombres.

Hombres y mujeres con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento obtuvieron un puntaje de 13, indicativo de mala calidad de sueño (Cuadro 1). Los hombres con prescripción de antidepresivos tuvieron puntaje de 17, indicativo de mala calidad de sueño y las mujeres medicadas con antidepresivo puntaje de 13, también sugerente de mala calidad de sueño (Cuadro 2). En cuanto a escolaridad los hombres con primaria obtuvieron un puntaje de 10 (indicativo de pérdida moderada en la calidad de sueño) y las mujeres con preparatoria un puntaje de 9 (indicativo de pérdida moderada de su calidad de sueño) (Cuadro 3). Con respecto a los rangos de edad los hombres de 56-59 arrojaron puntajes de 8 y las mujeres de 46-50 tuvieron datos de 7, ambos datos sugieren pérdida ligera en la calidad de sueño (Cuadro 4). En mujeres solteras el puntaje promedio fue de 8, indicativo de ligera pérdida y en hombres solteros de 9 para pérdida moderada de la calidad del sueño. Las mujeres casadas obtuvieron puntaje de 8 (pérdida ligera) y los hombres casados 10 (pérdida moderada de su calidad de sueño). En lo respectivo a pruebas de comparación hubo diferencias estadísticamente significativas en la calidad de sueño entre hombres y mujeres ($p=0.001$) ya que 87% de hombres y 66% de mujeres presentaron puntajes por arriba de los marcados por el corte. Así mismo, hubo diferencias significativas entre solteros y casados ($p=0.007$) pero no de acuerdo con la ocupación ($p=0.290$) o escolaridad ($p=0.330$). Sí hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes que usaban ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos ($p=0.000$), así entre quienes tomaban hipertensivos, glucémicos, diuréticos

Cuadro 1. Calidad del sueño por padecimientos

Padecimiento	Porcentaje de la población		Puntaje medio		Calidad de sueño	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Diabetes	15	14	8	8	Pérdida ligera	Pérdida ligera
Hipertensión	8	10	8	8	Pérdida ligera	Pérdida ligera
Trastornos mentales	11	15	13	13	Mala	Mala
Gastrointestinales	2	7	10	8	Moderada	Pérdida ligera
Otros	18	18	9	8	Moderada	Pérdida ligera
Menopausia	-----	6	-----	9	-----	Moderada
Ninguno	46	30	9	5	Moderada	No significativa

Cuadro 2. Calidad del sueño por medicamento

Medicamento	Porcentaje de población		Puntaje medio		Calidad de sueño	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Antiácido	1	1	16	13	Mala	Mala
Hipertensivo	8	14	8	7	Pérdida ligera	Pérdida ligera
Ansiolítico	12	6	12	12	Mala	Mala
Antiglucémico	15	16.5	8	8	Pérdida ligera	Pérdida ligera
Diurético	2	1	9	7	Moderada	Pérdida ligera
Antidepresivo	2	10	17	13	Mala	Mala
Antipsicótico	1	.5	14	15	Mala	Mala
Naturista	1	2	10	8	Moderada	Pérdida ligera
Ninguno	58	47	8	6	Pérdida ligera	Pérdida ligera
Hormonales	-----	2	-----	12	-----	Mala

Cuadro 3. Calidad del sueño por escolaridad

Escolaridad	Porcentaje de población		Puntaje medio		Calidad de sueño	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Primaria	7.5	13	10	7	Moderado	Pérdida ligera
Secundaria	24.5	23.5	8	7	Pérdida ligera	Pérdida ligera
Preparatoria	17.5	13.5	7	9	Pérdida ligera	Moderada
Licenciatura	46.5	46	9	8	Moderado	Pérdida ligera
Posgrado	4	4	9	7	Moderado	Pérdida ligera

Cuadro 4. Calidad del sueño por rango de edad

Rango de Edad	Porcentaje de población		Puntaje medio		Calidad de sueño	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
40-45	28	27	9	8	Moderado	Pérdida ligera
46-50	26.5	32	9	7	Moderado	Pérdida ligera
51-55	25.5	24.5	9	8	Moderado	Pérdida ligera
56-59	20	16.5	8	8	Pérdida ligera	Pérdida ligera

y antiácidos ($p=0.001$); también en las pruebas de comparación entre medicamentos ($p=0.000$), entre diagnósticos y diagnósticos de calidad de sueño ($p=0.000$). No existió asociación lineal entre somnolencia diurna y motivación para realizar las actividades diarias laborales o personales ($p=0.0000$).

DISCUSIÓN

Investigaciones realizadas en nuestro país informan una prevalencia de 36% en alteraciones en la calidad de sueño de médicos residentes, de 64% en pacientes que acuden a consulta externa de medicina general en Monterrey y en el Distrito Federal; la encuesta de epidemiología psiquiátrica lo incluye como un síntoma de enfermedad mental en 3.04% de los casos.^{2,5} En un estudio realizado con estudiantes de medicina, con una edad promedio de 20.9 años, los resultados fueron que aproximadamente 30% presentaba una mala calidad del sueño.¹⁴ En esta investigación es menor con un 26.30% con una edad promedio de 49.6 años. En estudiantes de medicina peruanos 15% demoró en conciliar el sueño entre 30 y 60 minutos y 1% más de una hora, en la población de nuestro trabajo 84.5% tardó menos de 30 minutos, únicamente 15.5% tuvo insomnio de tipo inicial con tiempo de latencia del sueño mayor a media hora.¹⁵

Por lo que se refiere a la percepción subjetiva del sueño 24.5% la reportó como mala a muy mala, menor a la reportada por un estudio peruano realizado en adultos mayores en donde la prevalencia es mayor con 52.1%.¹⁶ En el estudio de Márquez y sus colaboradores con una muestra de población mexicana a partir de los 30 años la población presentó despertares matutinos tempranos en 71.3% y alteraciones en el funcionamiento diurno en 72%;¹⁷ en nuestro estudio la prevalencia fue de 57.3% en un horario entre las 3 y las 5 de la mañana, para las alteraciones en el funcionamiento diurno la prevalencia fue 43.4%, de leve a grave,

menor al estudio mencionado. En este estudio la prevalencia en alteraciones de la calidad del sueño de leve a grave fue de 76.9%, mayor a la reportada en las investigaciones de Martínez y su equipo en médicos residentes, Miró y grupo en pacientes de consulta externa y que los datos a escala mundial y en México que informan de mayor prevalencia en insomnio en mujeres que en hombres. Nosotros obtuvimos prevalencia mayor para el sexo masculino (87%) sin dejar de ser importante la prevalencia en el sexo femenino (66%). La importancia de este trabajo radica en haber profundizado en las variables que pueden alterar tanto la calidad como la cantidad de sueño, los factores perturbadores y las repercusiones de estos en la vida diaria.

REFERENCIAS

1. Kaplan H, Sadock B y col. Compendio de Psiquiatría. 10 ed. Barcelona: Salvat; 2009.
2. Martínez LM, Mayorga CI, Mendoza HN, Valdez DG, Mairena LF. Calidad de Sueño en Médicos Residentes del HEODRA. *Universitas* 2008;2(2):13-17.
3. Ramos IS, Charlo BM. Escalas que valoran la calidad del sueño en adultos. *Biblioteca Lascasas*, 2009;5(5):1-7.
4. Cardinali DP, Garay Arturo. Sueño Normal y Patológico. *Elium* 2001 [aprox. 12 p] [citado octubre 2012] Disponible en: www.melatol.com.ar/prof/pdf/sue_000e.pdf
5. Miró E, Iañez MA, Cano LMC. Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología y de la Salud*. 2002;2(2):301-326.
6. Morales ME. Y cols. Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*. 2005;14:11-27.
7. Ruiz C. Revisión de diversos métodos de evaluación del trastorno del insomnio. *Manuales de Psiquiatría* 2007;23(1):109.117.
8. Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del sueño, GUÍA DE Práctica Clínica. IMSS 385-10. Secretaría de Salud 2012 [aprox: 64] [citado octubre 2012] Disponible: www.cenetec.salud.gob.mx
9. Haro VR, Lara HA, Sánchez NF. Repercusiones, médica, sociales y económicas del insomnio. *El Residente* 2010;5(10):130-138.
10. Alvarado CR. Frecuencia del insomnio en México. *Archivos de neurociencias*. 1996.1 (1):114-121.
11. Medina MME y cols. Prevalencia de Trastornos mentales y usos de servicios, Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Revista de Salud mental* 2003;26(4):1-16.

12. Jemenez GA, Monteverde ME, Neoclares PA, Esquivel AG, Vega PA. Confiability y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Méd Méx* 2008;144(6):491-496.
13. García PMP, Bascaran MT. Banco de instrumentos básicos de psiquiatría, 5 ed. México: ARSMedica; 2008.
14. Sierra JC, Jiménez NC, Martín OJD. Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental* 2002;25(6):35-43.
15. Rosales E, Egoavil M y cols. Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *An Fac Med Lima* 2007;68(2):150-158.
16. Rodriguez TT, Varela LP y cols. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro del Adulto Mayor Mirones, EsSalud, Lima, Perú. *Acta Mer Per* 2009;26(1):22-26.
17. Marque RJM, Chiquete E. Frecuencia de insomnio y sus consecuencias diurnas en pacientes mexicanos: Subanálisis del estudio EQUINOX. *Rev Mex Neuroci.* 2013;14(6):314-320.