

---

---

## Calidad del sueño en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

*Dexy Prieto-Rincón<sup>1,2</sup>, Simón Echeto-Inciarte<sup>2</sup>, Patricia Faneite-Hernández<sup>2</sup>, José Inciarte-Mundo<sup>2</sup>, Ciro Rincón-Prieto<sup>2</sup> y Ernesto Bonilla<sup>3</sup>.*

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones Biomédicas (INBIOMED), Fundacite-Zulia.

<sup>2</sup>Escuela de Medicina, <sup>3</sup>Instituto de Investigaciones Clínicas "Dr. Américo Negrette". Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Correo electrónico: dexyprieto@hotmail.com

Palabras clave: Calidad del sueño, Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh.

Resumen. Se determinó la calidad global del sueño y de sus componentes en pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Se realizó un estudio descriptivo transversal basado en encuesta personal y la aplicación del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI) en 57 individuos seleccionados entre los 70 pacientes hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo en el mes de mayo del 2004. El 91,22% de los pacientes presentó alteraciones del sueño (28,07% leves, 8,77% moderadas y 54,38% severas). Varios de los componentes del PSQI estuvieron dentro de rangos aceptables: duración del sueño mayor a 7 horas en 24 horas (47,36%), eficiencia habitual del sueño: 0 puntos en 54,38%; mientras que otros componentes se mostraron francamente alterados, lo que repercutió en la puntuación PSQI global haciendo que al 91,22% de los entrevistados se le denominara "mal dormidor". Estas alteraciones fueron: perturbaciones extrínsecas del sueño en el 50,87%, uso de medicación hipnótica en el 84,21%, y disfunción diurna severa en el 42,10% de la población estudiada. Los principales diagnósticos de ingreso fueron: Esquizofrenia (21 personas) desglosada de la siguiente manera: Esquizofrenia tipo Residual (10 pacientes), Esquizofrenia tipo Paranoide (10 pacientes) y Esquizofrenia tipo Indiferenciada (1 paciente), de los cuales sólo 1 calificó como "buen dormidor"; Trastorno Afectivo Bipolar I, Episodio más reciente Maniaco, Grave con Síntomas Psicóticos, 11 personas, de las cuales 4 calificaron como "buenos dormidores" y 7 "malos dormidores"; Trastorno psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes, 6 personas, todas calificadas como "malos dormidores". Se distinguieron tres rangos de edades que englobaron la mayor parte de la población estudiada: 34 a 39 años, 12 personas, en su totalidad "malos dormidores"; de 28 a 33 años, 11 personas, de las cuales 1 calificó como "buen dormidor"; de 22 a 27 años, 11 personas, de las cuales sólo 2 calificaron como "buenos dormidores". En conclusión, pa-

rece existir una asociación entre enfermedad mental y el deterioro de la calidad del sueño, siendo la latencia del sueño y el uso de medicación hipnótica los componentes principales de esta alteración.

Quality of sleep in hospitalized psychiatric patients  
*Invest Clín 2006: 47(1): 5 - 16*

Key word: Quality of sleep, Pittsburgh Sleep Quality Index.

**Abstract** To determine the global sleep quality and its components in patients of the Psychiatric Hospital of Maracaibo we performed a cross-sectional descriptive study based on a personal survey and the application of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in 57 individuals selected among all the 70 patients hospitalized in the Psychiatric Hospital of Maracaibo in the month of May of 2004. 91.22% of the patients displayed alterations of the sleep (slight 28.07%, moderate 8.77% and severe 54.38%). Several of the components of the PSQI were within acceptable ranks: sleep duration greater to 7 hours in 24 hours (47.36%); habitual efficiency of sleep: 0 points in 54.38%; whereas other components altered the global PSQI score causing that 91.22% of the people interviewed were considered "poor sleepers". These alterations were: Moderate extrinsic disturbances of the sleep observed in 50.87% of the patients, hypnotic medication taken by 84.21%, and severe diurnal dysfunction detected in 42.10% of the studied population. The main diagnostic categories on admission were: Schizophrenia 21 patients, classified as follows: Residual Schizophrenia, 10 patients; Paranoid Schizophrenia, 10 patients; Undifferentiated Schizophrenia, 1 patient. Of the 21 schizophrenic patients only 1 was diagnosed as a "good sleeper"; 11 patients with Bipolar I Disorders, whose most recent episode was mania with Psychotic symptoms, 4 were described as "good sleepers", and 7 as "poor sleepers". Psychotic alterations induced by alcohol with delirious ideas: 6 patients, all "poor sleepers". Three ranks of ages were distinguished that included most of the population studied: the patients 34 to 39 years of age (12) were "poor sleepers"; of those aged 28 to 33 years (11) only 1 patient was described as "good sleeper", and of those 22 to 27 years of age (11) only 2 patients were described as "good sleepers". In conclusion, an association between mental disease and the deterioration of the quality of the sleep was detected, being the latency of the sleep and the use of hypnotic medication the main components of this impairment

*Recibido: 03-03-2005. Aceptado: 29-08-2005.*

## INTRODUCCIÓN

Es difícil formular una definición satisfactoria del sueño y conocer las razones por las que dormimos (1), Desde el punto de

vista conductual, el sueño puede definirse como un estado regular, recurrente, fácilmente reversible, caracterizado por una relativa tranquilidad, pérdida reversible de la conciencia, ojos cerrados, ocurrencia es-

pontánea con ritmicidad endógena, inactividad y un gran incremento en el umbral de respuesta a estímulos externos en comparación al estado de vigilia (2).

El cerebro controla el sueño mediante numerosos circuitos neuronales y presenta una gran actividad durante el mismo, a pesar de la apariencia de reposo de una persona dormida. Durante el sueño tienen lugar cambios en las funciones corporales y actividades mentales de enorme trascendencia para el equilibrio psíquico y físico del individuo. En él intervienen numerosos factores: propios de cada individuo, heredados a través del acervo genético de su familia, así como otros inherentes al medio donde se desarrolla el sujeto (3). El sueño es un estado activo con cambios hormonales, metabólicos, de temperatura y bioquímicos imprescindibles para el buen funcionamiento del ser humano durante el día (4).

Los más antiguos manuales médicos ya destacan las funciones reparadoras del sueño (5), pero el interés científico específico no se desarrolló hasta principios del siglo XX cuando aparecieron teorías innovadoras acerca del por qué dormimos (6). Estas han sido revisadas por Carskadon y Dement (7) y comprenden, entre otras, las teorías restaurativa, de conservación de energía, de protección de la función inmunitaria, del crecimiento corporal, de almacenamiento de información, del aprendizaje y de la maduración del movimiento coordinado de los ojos para la visión binocular. Kleitman fue el primero en observar que cuando las personas se mantenían en constante vigilia, se encontraban más alteradas durante el período habitual de sueño (durante la noche subjetiva) que en la mañana siguiente a la privación del sueño (8). Estos hallazgos son indicativos de la existencia de mecanismos fisiológicos diferentes que mantienen el estado de alerta y otros que promueven el sueño. También descubrió diferentes patrones electroencefalográficos durante el sueño lo

cual indicaba la existencia de distintos estados de sueño (8). En 1953, Aserinsky y Kleitman identificaron episodios de sueño durante los cuales los ojos se movían rápidamente (9). Desde entonces, a este tipo de sueño se le ha denominado Sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR). Dement y Kleitman estudiaron el patrón de las diferentes etapas que ocurren cíclicamente durante el período de sueño (10).

Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de pacientes. Se estima que alrededor de un tercio de la población presentará algún tipo de disfunción del sueño a lo largo de su vida. Se pueden puntualizar diferencias significativas en los distintos grupos etarios: entre los adolescentes y niños se desarrollan problemas más severos relacionados con el insomnio y somnolencia diurna (10), mientras que entre los adultos, los trastornos crónicos del sueño se asocian con un deterioro funcional significativo y enfermedades psiquiátricas (11). Por ejemplo, la mayoría de las personas con problemas psiquiátricos presentan evidencias polisomnográficas de trastornos en el sueño, a excepción de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de personalidad (personalidades disociales duermen muy bien), enfermos con depresión atípica (hipersomnia), parafilias, etc. (12,13). Se han realizado estudios de campo donde se puntualizaron específicamente cambios de la arquitectura del sueño en pacientes psicóticos, depresivos y esquizofrénicos (14). En pacientes esquizofrénicos la mala calidad de vida está sustancialmente asociada con su pobre calidad de sueño (15). En general, la calidad del sueño de los pacientes de los hospitales psiquiátricos es inferior a la de los hospitalizados por otras causas (16). Este hallazgo es importante porque al mejorar la calidad del sueño se acelera la recuperación del enfermo.

La "calidad del sueño" es un proceso complejo, difícil de definir y difícil de medir con objetividad, en el que se integran aspectos cuantitativos (duración del sueño, latencia del sueño, número de despertares) y subjetivos del sueño (profundidad, reparabilidad). En 1.989, Buysse y col. diseñaron el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI) con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos (17). Este cuestionario fue ampliamente utilizado y adoptado. Es un instrumento validado por los organismos reagentes en la materia como American Sleep Disorders Association; ha rebasado continentes y ha sido difundido en Europa. En lo que al habla hispana se refiere, el instrumento ha sido traducido y puesto a prueba, y se ha corroborado que conserva las mismas capacidades clinimétricas (18).

La presente investigación tuvo como finalidad estudiar la calidad del sueño, desde el punto de vista integral (datos tanto objetivos como subjetivos) de un grupo de pacientes del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo, disponiendo para ello del Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio para determinar la calidad del sueño en 60 de los 70 pacientes hospitalizados en el mes de mayo de 2004 en el Hospital Psiquiátrico de Maracaibo. Se estudiaron 47 hombres y 13 mujeres. Las edades oscilaron entre los 22 y los 87 años. Los diagnósticos de ingreso se ajustaron a la nosotaxia adoptada por la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IVR). La estimación del tamaño de la muestra se realizó siguiendo el procedimiento descrito por Motulsky (19). Para la selección de los pacientes que conformaron la muestra se utilizó la técnica de azar simple, entre todas las salas del Hospital Psi-

quiátrico de Maracaibo, al momento de su ingreso. Se incluyeron como muestra todos los pacientes hospitalizados en el mes de mayo del 2004 dispuestos a colaborar, en los que fuera factible la aplicación del ensayo, luego, estos datos fueron verificados para este propósito.

Se utilizó el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (17).

El cuestionario consta de 24 preguntas. De ellas, 19 las debe contestar el propio sujeto, y 5 el compañero de habitación o de cama. Las 4 primeras se contestan de forma concreta. Las 20 restantes, incluidas las que debe contestar el compañero de habitación o cama, y que interrogan aspectos tales como la calidad de sueño que dice tener el sujeto, o la frecuencia de ciertos eventos –como las dificultades para dormirse durante la primera media hora o la presencia de pesadillas– se contestan mediante una escala de ordinal con 4 grados. Generalmente, el tiempo en el que se suele completar la encuesta oscila entre 5 y 10 minutos.

Las preguntas que componen el PSQI, según sus autores, fueron extraídas de diversas fuentes: la intuición clínica, la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de pacientes aquejados de alteraciones del sueño, de la revisión de los cuestionarios de sueño previamente publicados, y de la experiencia que se obtuvo del uso del propio cuestionario durante un trabajo de campo de 18 meses de duración (17). Al ser corregido, sólo se valoran las 18 primeras preguntas, que corresponden a aquellas que debe contestar el propio sujeto objeto de estudio. La corrección de un cuestionario no suele ocupar más allá de 5 minutos. La pregunta que interroga acerca de si el sujeto duerme sólo o acompañado, y las que se le hacen al compañero de habitación o cama no se califican, y sólo sirven de información sobre aspectos como la frecuencia de ronquidos, apneas, convulsiones, o episodios confusionales. De la corrección se ob-

tienen 7 puntuaciones que nos informan de otros tantos componentes de la calidad del sueño: la Calidad Subjetiva, la Latencia de Sueño, la Duración del Sueño, la Eficiencia Habitual del Sueño, las Perturbaciones del Sueño, el Uso de Medicación Hipnótica, y la Disfunción Diurna. La estructuración en estos 7 componentes permite que los resultados del PSQI sean comparables con los que se obtienen de forma rutinaria en las entrevistas clínicas a pacientes que acuden a consulta por alteraciones en el sueño o en la vigilia. Cada uno de estos componentes recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una Puntuación Total (PT), que puede ir de 0 a 21. Según Buysse y col. una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen una buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores (17).

En la publicación original de Buysse y col., se notificó que el PSQI tenía una sensibilidad del 89,6% y una especificidad del 86,5% (17).

Los procedimientos e instrumentos de la encuesta fueron validados por estudios anteriores y están diseñados para evaluar la calidad clinimétrica de versión española del PSQI. El más relevante de ellos, es el realizado por Royuela-Rico y Macías Fernández (18), quienes concluyeron que este instrumento posee una consistencia interna (medida con el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach) de 0,81; el coeficiente kappa fue 0,61; la sensibilidad de 88,63%, la especificidad del 74,99%, y el valor predictivo de la prueba positiva de 80,66, lo que hace a la versión castellana del PSQI un instrumento adecuado para la investigación epidemiológica y clínica de los trastornos del sueño (18).

El instrumento está diseñado para proteger la privacidad del paciente, es anónimo, confidencial y voluntario. Los pacientes anotaron sus resultados en un formato pre-codificado preparado para la mejor tabulación de los resultados, asegurando la calidad de la base de datos obtenida con esta investigación.

La recolección de los datos estuvo a cargo de estudiantes de Medicina de la Universidad del Zulia, previa capacitación y estandarización por parte del especialista.

Se informó a las autoridades del Hospital Psiquiátrico de Maracaibo de todos los procedimientos que se iban a seguir así como también el propósito de la investigación y se logró la autorización para hacerla. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes y sus familiares.

## RESULTADOS

La puntuación total media de toda la muestra fue de 12,15 (media de PSQI global). De la muestra estudiada 52 pacientes (91,22%) calificaron como “malos dormidores”, mientras que sólo 5 pacientes (8,77%) calificaron como “buenos dormidores” según la escala de PSQI (Tabla I). En los hombres, sólo el 6,8% (3 pacientes) calificaron como “buenos dormidores” mientras que el 93,18% (41 pacientes) calificó como “malos dormidores”. Solamente dos mujeres fueron “buenas dormidoras” (15,4%) y las 11 restantes (84,6%) calificaron como “malas dormidoras” (Tabla I). La puntuación media total en los hombres fue de 12,84 y la de las mujeres, 9,84.

La distribución de los malos dormidores fue la siguiente: alteración leve (6-8 puntos) 16 pacientes (30,77%), moderada (9-11 puntos) 5 personas (9,61%) y severa (>11 puntos) 31 pacientes (59,62%) (Tabla II). De los 41 hombres “malos dormidores”, 12 (29,26%) presentaron alteración leve, 4 pacientes (9,75%) moderada, y 25

TABLE I  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)  
DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARACAIBO

PSQI	No. Pacientes (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Buenos Dormidores	5 (8,77)	3 (6,81)	2 (15,4)
Malos Dormidores	52 (91,22)	41 (93,18)	11 (84,6)
Total	57 (100)	44 (100)	13 (100)

TABLE II  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL PUNTAJE PSQI DE LOS MALOS DORMIDORES EN LOS PACIENTES  
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARACAIBO

PSQI	No. Pacientes (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Leve (6-8)	16 (30,77)	12 (29,26)	4 (36,4)
Moderado (9-11)	5 (9,61)	4 (9,75)	1 (9,1)
Severo (> 11)	31 (59,62)	25 (60,97)	6 (54,5)
Total	52 (100)	41 (100)	11 (100)

pacientes (60,97%) severa. Las 11 mujeres “malas dormidoras” se distribuyeron de la siguiente forma: 4 pacientes (36,4%) tuvieron alteración leve, 1 paciente (9,1%) moderada, y 6 pacientes (54,5%) alteración severa (Tabla II).

Las principales causas de hospitalización fueron la Esquizofrenia (21 pacientes) desglosada de la siguiente manera: Esquizofrenia tipo Residual (DSM-IV: 295,60) (10 pacientes), Esquizofrenia tipo Paranoide (DSM-IV: 295,30) (10 pacientes) y Esquizofrenia tipo Indiferenciada (DSM-IV: 295,90) (1 paciente), los Trastornos Afectivos Bipolares I, Episodio más reciente Maníaco, grave con síntomas Psicóticos (12 pacientes) y Trastorno Psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes (DSM-IV: 291,5) (6 pacientes) (Tabla III), De los pacientes con Esquizofrenia, sólo 1 calificó como “buen dormidor” y los 20 restantes como “malos dormidores”, distribuidos así: con alteración leve 2 pacientes, moderada 5

pacientes, y severa 13 pacientes (Tabla IV). Los pacientes con Trastornos Afectivos Bipolares I, Episodio más reciente Maníaco, Grave con Síntomas Psicóticos fueron distribuidos según el puntaje PSQI de la siguiente forma: 4 pacientes “buenos dormidores” y 8 “malos dormidores”, agrupados como se indica a continuación: alteración leve 3 pacientes; moderada 2 paciente, severa, 3 paciente (Tabla IV). Todos los pacientes con diagnóstico de Trastorno Psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes fueron calificados como “malos dormidores”; 2 presentaron un trastorno leve y los 4 restantes severo (Tabla IV).

El mayor número de pacientes hospitalizados se encontró en el rango de 34-39 años (12 pacientes), siguiendo con igual número de pacientes los grupos de 28 a 33 años y de 22 a 27 años con 11 pacientes cada uno (Tabla V). Todos los del primer grupo fueron “malos dormidores” catalogados en: leves, 5 pacientes y 7 severos (Ta-

TABLA III  
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Diagnóstico	No. Casos
Trastorno bipolar I episodio mas reciente maniaco, grave con síntomas psicóticos (296.44 DSM-IV)	12
Esquizofrenia tipo paranoide (295.30 DSM-IV)	10
Esquizofrenia tipo residual (295.60 DSM-IV)	10
Trastorno psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes (291.5 DSM-IV)	6
Trastorno bipolar I, episodio mas reciente depresivo, grave, sin síntomas psicóticos (296.53 DSM-IV)	4
Trastorno psicótico inducido por cannabis con alucinaciones (292.12 DSM-IV)	2
Trastorno esquizoafectivo (295.70 DSM-IV)	2
Trastorno psicótico debido a epilepsia (293.81 DSM-IV)	2
Trastorno de la personalidad no especificado (301.9 DSM-IV)	2
Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave sin síntomas psicóticos (296.24 DSM-IV)	2
Retardo mental leve (317 DSM-IV)	1
Trastorno psicótico debido a enfermedad de Hansen (293.81 DSM-IV)	1
Retardo mental moderado (318.0 DSM-IV)	1
Esquizofrenia tipo indiferenciada (295.90 DSM-IV)	1
Abstinencia de alcohol (291.8 DSM-IV)	1
Total	57

TABLA IV  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MALOS DORMIDORES EN LOS TRES PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

Diagnóstico	Leve (6-8)	Moderado (9-11)	Severo (> 11)	Total
Esquizofrenia	2	5	13	20
Trastorno bipolar I, episodio más reciente maniaco, grave, con síntomas psicóticos	3	2	3	8
Trastorno psicótico inducido por alcohol con ideas delirantes	2	-	4	6

TABLA V  
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA  
SEGÚN EDAD CRONOLÓGICA

Rango de Edad	No. Pacientes
16-21 años	2
22-27 años	11
28-33 años	11
34-39 años	12
40-45 años	9
46-51 años	4
52-57 años	4
58-63 años	2
64-69 años	1
70-75 años	-
76-81 años	-
82-87 años	1
Total	57

bla VI). Del grupo de 28 a 33 años 1 calificó como "buen dormidor" y el resto (10 pacientes) calificó como "malos dormidores" con alteración leve en 4 pacientes; moderado en 1 persona; y severa en 5 pacientes (Tabla VI). De los pacientes del tercer grupo de importancia (22 a 27 años), 2 calificaron como "buenos dormidores" y 9 como "malos dormidores"; de éstos últimos sólo 1 paciente calificó con alteración leve, 1 con alteración moderada y 7 con disfunción severa (Tabla VI).

Atendiendo a los siete componentes en los que se divide el PSQI los resultados fueron los siguientes:

Calidad subjetiva de sueño. El 10,53% de la muestra manifestó tener una calidad muy buena del sueño, mientras que el 45,61% refirió tener una calidad bastante buena del sueño, un 38,60% una bastante mala calidad del sueño y el 5,26% muy mala. Globalmente, el 56,14% de nuestra población está satisfecha con su calidad de sueño (Tabla VII).

Latencia de sueño (suma del tiempo que el sujeto cree que tarda en dormirse y del número de veces que el sujeto no ha podido conciliar el sueño en la primera media hora, en el último mes). El 7,01% de la población presentó 0 puntos, el 26,31% 1 punto, el 15,78% 2 puntos, y el 50,87% 3 puntos. La mayoría de los encuestados presentó una latencia del sueño patológica (> 60 minutos) (Tabla VII).

Duración del sueño (número de horas que el sujeto cree haber dormido). El 47,36% refirió dormir más de 7 horas (0 puntos), mientras que 6 pacientes refirieron dormir entre 6 y 7 horas (1 punto) 10,52%, 4 pacientes entre 5 y 6 horas (2 puntos) 7,01%, 35,08% menos de 5 horas (3 puntos) (Tabla VII).

Eficiencia habitual del sueño (cociente entre el tiempo que el sujeto cree dormir y el que declara permanecer acostado). El 54,38% de la población obtuvo una puntuación de 0 puntos, el 31,57% de 3 puntos (18 pacientes), obteniéndose iguales valores para grupos de 1 punto y 2 puntos 7,01% 4 pacientes para cada grupo (Tabla VII).

Perturbaciones extrínsecas del sueño (incluyen los despertares nocturnos, las al-

TABLA VI  
DISTRIBUCIÓN DE LOS MALOS DORMIDORES SEGÚN LA EDAD CRONOLÓGICA  
EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MARACAIBO

Rango de Edad	Leve (6-8)	Moderado (9-11)	Severo (> 11)	Total
22-27 años	1	1	7	9
28-33 años	4	1	5	10
34-39 años	5	0	7	12

TABLA VII  
 PORCENTAJE DE PACIENTES EN CADA UNO DE LOS SIETE COMPONENTES  
 DEL ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH

Puntuación PSQI	Calidad subjetiva del sueño	Latencia del sueño	Duración del sueño	Eficiencia Habitual del sueño	Perturbaciones extrínsecas	Uso de medicación hipnótica	Disfunción Diurna
0: Muy Buena	10,53	7,01	47,36	54,38	-	5,26	24,56
1: Bastante Buena	45,61	26,31	10,52	7,01	33,33	1,75	14,03
2: Bastante Mala	38,60	15,78	7,01	7,01	50,87	8,77	19,29
3: Muy Mala	5,26	50,87	35,08	31,57	15,78	84,21	42,10

teraciones miccionales, los episodios de tos, los problemas respiratorios, los ronquidos, la sensación distérmica, las pesadillas y los dolores). El 50,87% de la población manifestó haber sufrido perturbaciones moderadas durante el sueño (2 puntos), 33,33% perturbaciones leves (1 punto) en 19 pacientes, y 15,78% perturbaciones severas (3 puntos) en 9 pacientes (Tabla VII).

Uso de medicación hipnótica en el último mes. El 84,21% de los pacientes entrevistados refirió haber consumidos fármacos hipnóticos más de tres veces por semana para poder conciliar el sueño (3 puntos); 8,77% refirió consumirlo dos veces por semana (2 puntos), mientras que 5,26% refirió no haber consumido ningún fármaco (0 punto), y el 1,75% una vez por semana (1 punto) (Tabla VII).

Disfunción diurna (suma de la presencia o ausencia de somnolencia diurna y la existencia o no de desgano en las actividades diurnas). El 42,10% de la población presentó disfunción diurna muy mala; el 24,56% muy buena, mientras, que el 19,29% manifestó disfunción diurna bastante mala; sólo en el 14,03% se observó disfunción diurna bastante buena (Tabla VII).

## DISCUSIÓN

El PSQI fue diseñado para determinar la calidad de sueño en el mes previo a su aplicación (17). Este es un período de tiempo intermedio entre el evaluado por los inventarios «del día siguiente» –los cuales evalúan únicamente una noche–, y los cuestionarios de tipo encuesta, los cuales suelen interrogar sobre las dificultades de sueño que han sido notadas durante el año anterior o períodos aún mayores. Un inventario «del día siguiente» puede reflejar de forma más ajustada las variaciones que se producen día a día en la calidad de sueño, pero no proporciona información acerca de la frecuencia o duración de problemas específicos que pueden llevar al paciente a solicitar ayuda. Por otro lado, los cuestionarios tipo encuesta no proporcionan una información adecuada acerca de la intensidad de un problema dado. Además, un período de un mes es el que se usa como referencia para diferenciar el insomnio transitorio de los trastornos persistentes del ritmo sueño-vigilia, o determinar la presencia de una disomnia en las modernas nosotaxias como, DSM-IV, o la más específica Clasificación

Internacional de las Alteraciones del Sueño. Por ello, al comienzo del PSQI se instruye para que se valore cómo ha sido el sueño durante la mayoría de los días y noches del mes anterior al momento de realización del cuestionario (17).

En el presente estudio, el promedio de la puntuación global PSQI en ambos sexos (mujeres: 9,84 puntos y hombres 13,08 puntos) reflejó una pobre calidad de sueño en la muestra seleccionada. Los resultados indican un déficit severo en la calidad del sueño en los pacientes psiquiátricos hospitalizados, hecho que contrasta con los datos obtenidos a través del componente No.1 del PSQI "Calidad subjetiva del sueño" en donde 27 pacientes (56,14%) afirmaron tener una calidad del sueño bastante buena. Algunos componentes del PSQI estuvieron dentro de rangos aceptables: duración del sueño mayor a 7 horas en 24 horas (47,36%) y eficiencia habitual del sueño 0 puntos en 54,38%; mientras que otros componentes se mostraron francamente alterados, lo que repercutió en la puntuación PSQI global haciendo que al 91,22% de los entrevistados se le denominara "mal dormidor" debido a perturbaciones extrínsecas del sueño moderadas observadas en el 50,87%, el uso de medicación hipnótica en el 84,21%, y disfunción diurna severa en el 42,10% de la población estudiada. Estudios poblacionales sugieren que 1/3 a 1/2 de los adultos con insomnio presentan trastornos psiquiátricos. Esto significa que en los adultos, los trastornos del sueño pueden constituir marcadores importantes de la presencia de enfermedades psiquiátricas (20). Las evaluaciones polisomnográficas de niños y adolescentes con depresión han demostrado una menor cantidad de anormalidades que en los adultos con la misma patología, pero se ha observado característicamente un retardo en la instalación del sueño y una eficiencia disminuida en comparación con los controles normales (12). Muchos medi-

camentos alteran también el sueño, unas veces aumentándolo y otras disminuyéndolo (21). Yamashita y col. (22), al investigar los efectos de las drogas antipsicóticas atípicas Olanzapina, Quetiapina y Risperidona sobre la calidad subjetiva del sueño en pacientes esquizofrénicos, demostraron que estos antipsicóticos mejoran la calidad del sueño en estos enfermos. Este hecho contrasta con la realidad de Venezuela, en donde el bajo poder adquisitivo obliga a la población psiquiátrica y a los organismos nacionales regentes encargados de velar por este grupo de pacientes, al uso cotidiano de antipsicóticos típicos en la mayoría de las veces Haloperidol (Haldol®). Disturbios del sueño se han descrito en individuos tratados con Metadona (23). En ese reporte, el 84% de los pacientes presentó una puntuación del PSQI superior a 5. Los síntomas depresivos, la ansiedad y el desempleo se asociaron con la calidad global del sueño. Ortega Sánchez (24), en un estudio realizado en 150 pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de Caracas, detectó que la prevalencia del insomnio fue del 27%. No encontró relación entre el insomnio y factores como el sexo, edad, estado civil, clase social, tiempo de hospitalización y capacidad para la ambulancia, en los pacientes estudiados. El 36% eran "buenos dormidores", según el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. La eficiencia del sueño del mes anterior, calculada por el PSQI fue normal en el 44% de los pacientes. Observó que en los pacientes hospitalizados no se incluyó el insomnio como diagnóstico o problema en las historias clínicas y que en los factores relacionados con la enfermedad y los factores ambientales contribuyeron con la intensificación del insomnio (24).

Una limitación de este estudio es que depende de datos subjetivos (respuestas de los pacientes), pero estos datos siguen siendo de interés, pues es la experiencia subjetiva la que hace a los mismos acudir a consul-

ta. En la patología del sueño, como en tantas otras, el éxito del diagnóstico dependerá del reconocimiento precoz del problema, de la valoración de la magnitud de su impacto en la vida del paciente y de su correcta evaluación. El PSQI se presenta como un instrumento fiable, válido y aplicable en la consulta diaria de Atención Primaria para la valoración clínica del insomnio en el estado inicial del cribado de casos. Además, no requiere la especialización por parte del examinador, por lo que puede ser especialmente útil para los Equipos de Atención Primaria. Su principal ventaja es que al analizar específicamente cada componente del sueño nos permite:

1. Obtener información sobre la calidad subjetiva del sueño: cómo percibe el paciente su propio problema.
2. Clasificar el tipo de insomnio padecido (predormicional, intradormicional o postdormicional).
3. Detectar problemas distintos al propio funcionamiento intrínseco del sueño que pueden afectar a éste (alteraciones respiratorias, cardiocirculatorias, miccionales, neurológicas, psiquiátricas, ingesta de medicamentos, etc) (25). Una tendencia a la intervención asertiva por parte del clínico especialista, permite prevenir futuras complicaciones en este grupo de pacientes en los que se ha demostrado que la mala calidad de sueño es un factor de riesgo importante de mortalidad.

Con miras a obtener un diagnóstico global es apremiante poner en práctica todos los medios disponibles a nuestro alcance (revisión de la higiene del sueño, uso de medicamentos, información de la pareja, registros del sueño, control en casa, polisomnografía y/o valoración del impacto del problema en las actividades de la vida diaria del paciente. Hay que seguir insistiendo en la necesidad de incluir en la atención de estos pacientes una correcta anamnesis diri-

gida a enfocar adecuadamente el diagnóstico de las alteraciones del sueño y las indicaciones de remisión a una unidad especializada antes de iniciar la farmacoterapia. El médico de Atención Primaria se encuentra en una situación ideal para identificar este problema y abordarlo precozmente, por lo que es necesario resaltar la importancia de la adquisición de una formación adecuada en los principios básicos de la medicina del sueño y sus avances recientes, así como mantener una relación bidireccional con el resto de los profesionales que trabajan en este campo. En conclusión, este estudio parece demostrar la existencia de una asociación entre enfermedad mental y el deterioro de la calidad del sueño, siendo la latencia del sueño y el uso de medicación hipnótica los componentes más afectados.

#### REFERENCIAS

1. Borbely A, Acheman P. Concepts and models of sleep regulation: An overview. *J Sleep Res* 1992; 1:63-79.
2. Zepelin H. Mammalian sleep. En: Kryger MH, Roth T, Dement WC, Eds, *Principles and Practices of Sleep Medicine*. Philadelphia; W.B. Saunders Company; 2001, P 82-92.
3. García-García F, Drucker-Colín R. Endogenous and exogenous factors on sleep-wake regulation. *Prog Neurobiol* 1999; 58:297-314.
4. Pavlides C, Winson J. Influences of hippocampal place cell firing in the awake state on the activity of these cells during subsequent sleep episodes. *J Neurosci* 1989; 9:2907-2918.
5. Ambrosini MV, Sadile AG, Gironi-Carnevale UA, Mattiaccio M, Giuditta A. The sequential hypothesis on sleep function. I. Evidence that the structure of sleep depends on the nature of the previous waking experiences. *Physiol Behav* 1988; 43:325-337.
6. Krueger JK, Obal F JR., Fang, J. Why we sleep: A theoretical view of sleep function. *Sleep Medicine Rev* 1999; 3:119-129.

7. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: An overview. En: Kryger MH, Roth T, Dement WC, Eds. *Principles and Practices of Sleep Medicine*. Philadelphia; W.B. Saunders Company; 2001, P 15-25.
8. Kleitman N. *Sleep and wakefulness*. Chicago. University of Chicago Press; 1939, p 552.
9. Aserinsky E, Kleitman N. Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science* 1953; 118:273-274.
10. Dement WC, Kleitman N. Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1957; 9: 673-690.
11. Ball E. Sleep disorders in primary care. *Compr Psychiatry*. 1997; 23: 25-30.
12. Horne J. Sleep and its disorders in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33: 473-487.
13. Kupfer D. Pathophysiology and management of insomnia during depression. *Ann Clin Psychiatry*. 1999; 11:267-276.
14. Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Calidad de sueño en pacientes ansiosos y depresivos. *Psiquiatr Biol* 1997; 4(6):225-230.
15. Ristner M, Kurs R, Ponizovsky A, Hadjez J. Perceived quality of life in schizophrenia: Relationships to sleep quality. *Qual Life Res* 2004; 13: 783-791.
16. Dogan O, Estekin S, Dogan S. Sleep quality in hospitalized patients. *J Clin Nurs* 2005; 14:107-113.
17. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28:193-213.
18. Royuela Rico A, Macías Fernández JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburg. *Vigilia Sueño* 1997; 9:81-94.
19. Motulsky H. *Intuitive Biostatistics*. New York; Oxford University Press; 1995, p 195-204.
20. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:651-668.
21. Vazquez García VM, Macías Fernández JA, Alonso del Teso F, González las Heras RM, de Teresa Romero G, Alvarez Hurtado AA, Carretero Ares JJ. La calidad del sueño asociada a la polimedicación. *Atención Primaria* 2000; 26:697-699.
22. Yamashita H, Mori K, Nagao M, Okamoto Y, Morinobu S, Yamawaki N. Effects of changing from typical to atypical antipsychotic drug on subjective sleep quality in patients with schizophrenia in a Japanese population. *J Clin Psychiatry* 2004; 65:1525-1530.
23. Stein MD, Herman DS, Bishop S, Lessor JA, Weinstock M, Anthony J. Sleep disturbance among methadone maintained patients. *J Subst Abuse Treat* 2004; 26:175-180.
24. Ortega Sánchez M. Prevalencia del insomnio en pacientes hospitalizados en el Hospital Universitario de Caracas [Tesis Doctoral]. Maracaibo: Universidad del Zulia, 2001.
25. Dement WC, Miles LE, Carskadon MA. "White paper" on sleep and aging. *J Am Geriatr Soc* 1982; 30:25-50.