

Hábitos y características del sueño en pacientes de preconsulta de un hospital general

Moisés Alvarez-Rueda*
Jorge García Solís*
Jesús Gutiérrez Aguilar*
Juan Cerrud Sánchez*
José Cortés Sotres*
Héctor Pérez-Rincón*

Abstract

Sleep disorders are common problems observed in large populations, provoked mainly by stress situations. Unfortunately in our country these problems are frequently neglected and overlooked.

The present study was carried out to analyze the sleep disorders in an unselected population of a general hospital at Mexico City, using a questionnaire developed for this aim.

The study analyzed 597 subjects, both sexes, 18 years old or over. The characteristics and habits of sleep were constant in most of the patients. Nevertheless the frequency of sleep disorders found, was greater than those reported in other studies. In our population, these disorders were not identified as a possible primary problem, neither by the patients or by the physicians, but were estimated as a symptom which accompanies other diseases. They were related with mood affect changes too, and in some cases, these changes were of long duration.

The results suggest that in our country there are no reports on characteristics, frequency and treatment of sleep disorders. The tool utilized was of great utility to know the characteristics of sleep in an hospitalized milieu. It's clear that we need more studies in other groups of subjects to know the more important sleep disorders and their triggered factors in our population.

Resumen

Los trastornos del sueño son problemas frecuentes que se observan en las grandes poblaciones, provocados principalmente por situaciones de tensión. Desafortunadamente en nuestra población a estos problemas no se les da la debida importancia y suelen no ser identificados.

El presente estudio fue llevado a cabo para analizar los trastornos del sueño en una población no seleccionada de un hospital general de la ciudad de México, utilizando un cuestionario desarrollado para este fin.

El estudio analizó 597 sujetos, de ambos sexos, mayores de 18 años. Las características y hábitos del sueño fueron constantes en la mayor parte de los pacientes. No obstante, la frecuencia encontrada de trastornos del sueño fue mayor que la reportada en otros estudios similares. En nuestra población, estos trastornos no fueron identificados como un posible problema primario, ni por los pacientes ni por los médicos, pero fueron considerados como un síntoma que acompañaba otras enfermedades. También fueron relacionados

con cambios del humor o del carácter, y en algunos casos, estos cambios fueron de larga duración.

Los resultados obtenidos demuestran que el instrumento utilizado fue de gran utilidad para conocer las características del sueño en los pacientes de un medio hospitalario. Se necesitan más estudios en otros grupos de sujetos para precisar los trastornos más importantes del sueño y sus factores desencadenantes en nuestra población.

Introducción

En la actualidad, los trastornos del sueño son considerados como problemas importantes en un alto porcentaje de la población. La frecuencia de éstos aumenta continuamente sobre todo en las poblaciones urbanas, motivados por las constantes situaciones de tensión del medio ambiente sobre sujetos con características particulares de personalidad (Wagner y cols., 1983), como labilidad emocional, dificultad para afrontar situaciones comunes, etc. A su vez, las alteraciones del sueño pueden producir irritabilidad, fatiga física, ineficiencia, dificultad para la concentración y/o somnolencia diurna (Kramer y cols., 1983).

Las características normales y patológicas del sueño han podido ser exploradas por medio de registros del sueño durante toda la noche (polisomnogramas) en laboratorios especializados (Benoit y cols., 1980). En nuestro laboratorio hemos adaptado la técnica del polisomnograma y se han establecido las características normales del sueño en una población de estudiantes universitarios (Rojas-Ramírez y cols., 1983). Sin embargo, este método de estudio es aún costoso y en ocasiones de difícil realización lo que dificulta su aplicación en grandes muestras de sujetos, por lo que surge el interés de desarrollar diferentes técnicas, más accesibles y menos costosas, que permitan conocer las características del sueño en grandes muestras. Para este fin, son de utilidad los cuestionarios de sueño.

En nuestra población, son escasos los reportes epidemiológicos de los hábitos y las alteraciones del sueño, lo que constituye un obstáculo para la identificación de estas alteraciones y de sus posibles factores desencadenantes. Este problema parece haber sido

* Unidad de Psicofisiología, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Apdo. Postal 70-167, México, 04510, D.F.

abordado con mayor amplitud en otros sitios que tienen una población similar a la de la ciudad de México. Por ejemplo, se sabe que la frecuencia de los trastornos del inicio y el mantenimiento del sueño (DIMS) en la población adulta de la zona metropolitana de Los Angeles, Cal. (USA), es del 32.2% y en Florida (USA) del 35.4% (Bixler y cols., 1979), mientras que otras alteraciones como los desórdenes de somnolencia excesiva (DES), tienen una frecuencia del 1.11% en una población italiana (Franceschi y cols., 1982).

El presente estudio se realizó con el propósito de conocer los hábitos y características del sueño en un grupo de pacientes que asisten a la "preconsulta" de un hospital general del área sur de la ciudad de México, a través de un cuestionario que fue diseñado para explorar algunos aspectos sociales, medioambientales, subjetivos y objetivos del sueño en este grupo de pacientes, así como para valorar el abordaje terapéutico usual.

Metodología

El presente estudio se llevó a cabo en 597 sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años, que correspondieron al 62.44% de los pacientes que asistieron, en un mes, al servicio de preconsulta del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de México D.F. El hospital atiende a población del área sur de esta ciudad y de algunos poblados circunvecinos.

La obtención de los datos se realizó a través de un cuestionario, el cual se aplicó en forma individual y fue contestado después de una breve información proporcionada por un experto, quien también orientaba al entrevistado para resolver las dudas que surgieran.

El cuestionario, que fue elaborado tomando como base la experiencia de nuestro laboratorio (Rojas-Ramírez y cols., 1983), y la clasificación diagnóstica de los desórdenes del sueño y el despertar (Roffwarg y cols., 1979), consta de 56 reactivos agrupados en cuatro secciones: I. Datos Generales, II. Hábitos de sueño, III. Características del sueño y factores relacionados y IV. Terapéutica utilizada. La mayoría de las preguntas se contestan afirmativa o negativamente, o bien otorgando una calificación.

El análisis de los resultados se llevó a cabo a través del agrupamiento en matrices de las respuestas que fueron introducidas, a su vez, en una microcomputadora para la obtención de sus frecuencias y porcentajes, de acuerdo con sus características.

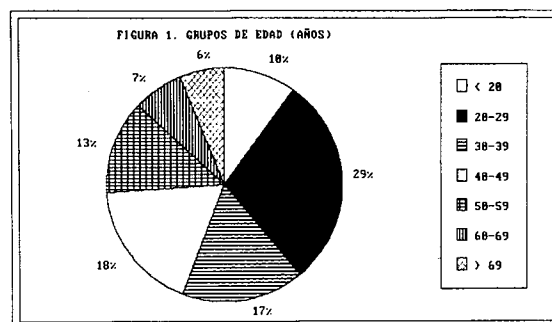
Resultados

I. Datos generales

El 32% de los sujetos estudiados era del sexo masculino y el 68% del sexo femenino. El promedio de edades fue de 18-74 años (media = 38.68 ± 0.67 años), de ellos el 74% se encontraba en el grupo de 20-49 años (figura 1). El 60% de los pacientes sometidos a la encuesta estaba casado y el 30% soltero. El 48% de los pacientes tenía estudios de primaria o

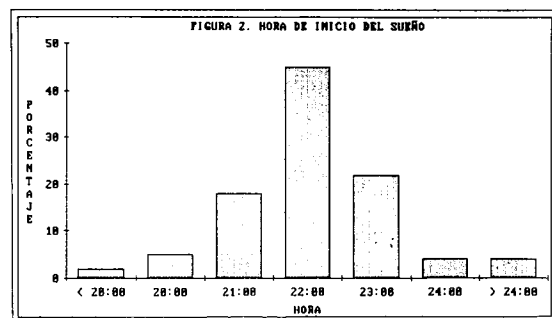
superiores. El 58% se dedicaba a labores domésticas y el resto a diversas actividades remuneradas.

El 75% de los sujetos provenía del medio urbano, el 8% del medio suburbano y el 15% del medio rural.

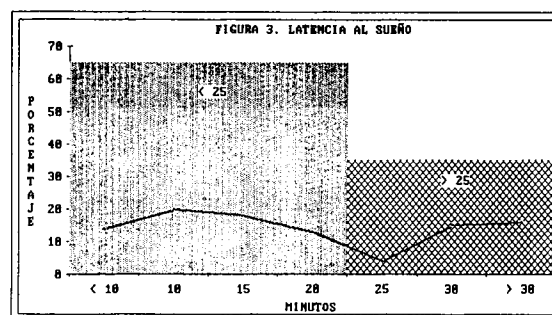


II. Hábitos generales de sueño

El 58% de los entrevistados reportó dormir acompañado y el 42%, solo. El 74% reportó dormirse entre las 21.00 y 23.00 hrs (figura 2) y el 36% reportó levantarse alrededor de las 6.00 hrs.

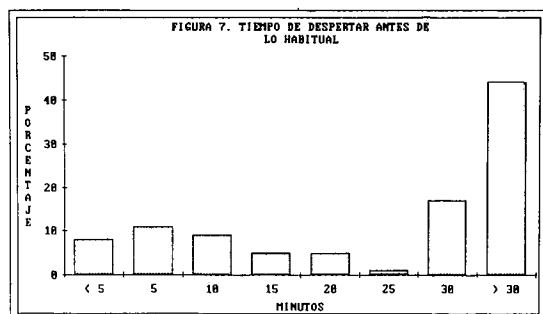


En cuanto a la latencia estimada al sueño se observaron dos grupos, el de latencia menor a 25 minutos (65%) y el de latencia de 25 minutos o más (35%) (figura 3). El 66% reportó dormir entre seis y ocho horas (figura 4). El 44% de los encuestados acostumbra ingerir alguna bebida antes de dormir, de estos el 50% toma leche, el 25% café, el 25% agua, infusiones diversas, bebidas gaseosas, etc. El 70% de los sujetos realiza alguna actividad antes de dormir, como



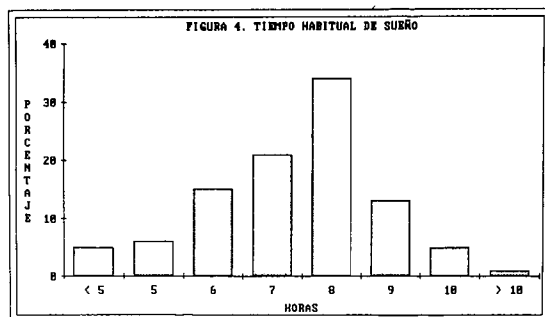
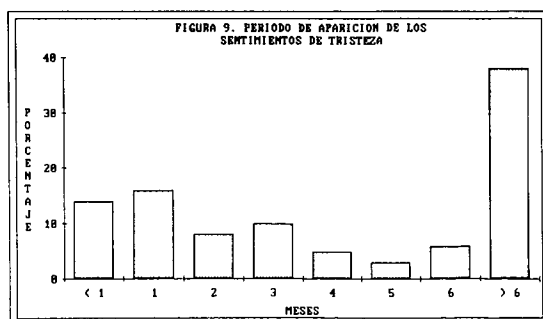
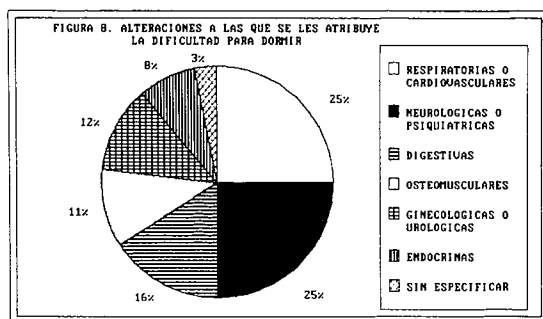
leer o escribir. El 14% acostumbra ingerir medicamentos para dormir (sedantes).

El 75% de los pacientes no duerme siesta, mientras que el 25% sí la acostumbra; de los sujetos que duermen siesta, el 74% la reportó de 30 minutos o menos.



III. Características del sueño y factores relacionados

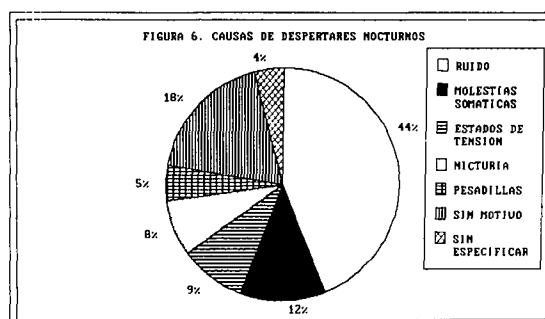
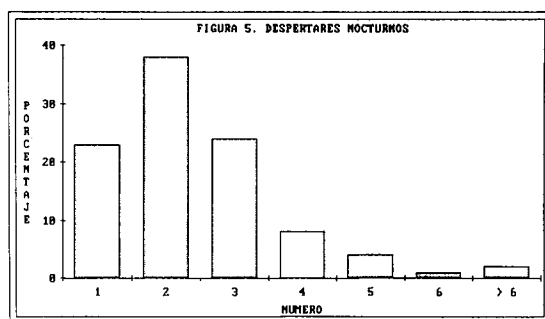
El 66% de los pacientes entrevistados reportó que su sueño es "reparador". El 67% de la población estudiada despierta durante la noche. De estos, el 85% reportó despertar entre una y tres veces (figura 5), y al 55% de los sujetos que despierta por la noche se le dificulta volver a dormir; las causas de los despertares nocturnos y su frecuencia se observan en la figura 6. El 47% de los entrevistados reportó despertar antes de su hora habitual, el 61% de ellos mencionó despertar 30 minutos antes de su horario acostumbrado (figura 7).



El 43% de la población reportó tener "dificultad para dormir", con una duración de días en el 35% de los casos, de semanas en el 14%, de meses en el 26% y de años en el 25%. El 51% de los sujetos mencionó tener dificultad para mantener el sueño, y que esta dificultad era generada en el 25% por alguna enfermedad cardiovascular o respiratoria, en el 25% por trastornos neurológicos o psiquiátricos, en el 47% por trastornos digestivos, osteomusculares, ginecológicos, urológicos o endócrinos y en el 3% sin especificar (figura 8).

El 29% de los pacientes ha sentido, o se la ha mencionado, que mueve demasiado las piernas durante la noche, y el 25% mencionó ser despertado por movimientos bruscos de brazos o piernas.

El 57% de los entrevistados ha notado cambios en el humor o en el carácter. De estos el 68% menciona sentimientos de tristeza cuyo periodo de aparición varió de un mes o menos en el 30%, y de dos o más de seis meses en el 70% (figura 9). El 69% de los sujetos



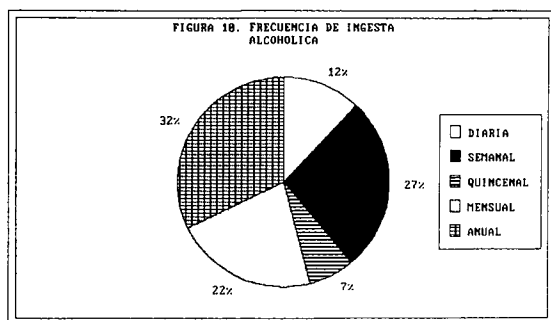
manifestó irritarse fácilmente ante situaciones cotidianas. El 62% de los sujetos reportó somnolencia diurna a pesar de haber dormido bien.

IV. Terapéutica utilizada

El 18% de los entrevistados ha buscado ayuda profesional para sus problemas de sueño. El tratamiento se ha centrado en el 60% de los sujetos en la farmacoterapia con fármacos sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. El 10% recibió otro tipo de psicofármacos y al 20% le fue indicado tratamiento para otros sistemas. El 1% fue tratado por la herbolaria, el 6% fue enviado a un especialista. El 3% no recibió tratamiento. El tiempo de duración del tratamiento fue de 1-7 días en el 43% de los tratados, de 2-4 semanas en el 11%, de 2-11 meses en el 27% y de 1 o más años en el 19%.

El 15% de los entrevistados ingiere bebidas alcohólicas, de estos el 54% las ingiere mensual o anualmente (figura 10).

El 27% de los sujetos ingiere medicamentos que no son sedantes. El 50% de éstos refiere que le fueron indicados por un médico, el 27% ingiere fármacos de uso en cardiología, el 26% analgésicos, el 8% de uso en endocrinología, el 4% de uso en neurología y psiquiatría. El resto de los fármacos correspondían a otras especialidades médicas.



Discusión

La alta incidencia de trastornos del sueño o de excesiva somnolencia en pacientes del sexo femenino, reportada por diversos autores (Piccione y cols., 1981; Berlín y cols., 1984; Franceschi y cols., 1982), concuerda con nuestros hallazgos, aunque esto podría deberse a que la mayor parte de la muestra estuvo compuesta por mujeres.

El insomnio (tanto la dificultad para conciliar el sueño, como la dificultad para mantenerlo) es más común en individuos de un nivel socioeconómico y cultural bajo, lo que parece coincidir con nuestros resultados, a pesar de que Wagner y cols. (1983) no encontraron justificación para la presencia de alteraciones del sueño en este tipo de sujetos.

La muestra tuvo un promedio de edad de 38.68 ± 0.67 años, que es en la que se presenta una mayor estabilidad en el sueño (Dement y cols., 1982). La hora de inicio del sueño es muy regular, como se apre-

cia en la figura 2, lo que concuerda con los hallazgos previos de nuestro laboratorio (Rojas-Ramírez y cols., 1983), en tanto que la hora de despertar es más irregular. En cuanto a esto, el mayor porcentaje de la muestra se encuentra entre las 5:00 y las 8:00 hrs. Es importante resaltar el alto porcentaje de los sujetos que no duerme siesta (75%), o que acostumbra realizar cierto tipo de actividad (leer, escribir, etc.) antes de dormir (70%), lo que podría constituir un rasgo de carácter social. El 58% de los sujetos reportó dormir acompañado, lo que podría generar alteraciones del sueño, especialmente si la pareja presenta afecciones respiratorias.

No obstante que un elevado porcentaje de la población mencionó que su sueño es "reparador", el 43% reportó tener "dificultad para dormir", porcentaje que es más elevado que el encontrado en otros estudios, que oscila entre 32-35% (Bixler y cols., 1979), lo que puede reflejar diferencias metodológicas, específicamente en el contenido de las preguntas. También pudieran encontrarse diferencias respecto de las características de la muestra. Los trastornos del sueño se presentaron en estos sujetos varios días antes de la aplicación del cuestionario, lo que haría suponer que el motivo de asistencia al hospital podría haber sido un factor generador de trastornos del sueño. Los pacientes así lo relacionaron, y el hecho se refleja claramente en los datos de la figura 8. Este hallazgo no concuerda con otros anteriormente reportados (Lichstein y Rosenthal, 1980) donde se menciona que los pacientes con insomnio citan más los aspectos cognoscitivos que los aspectos somáticos. La ausencia de una pregunta que explorara sobre el tiempo de aparición del factor al que se le atribuían los trastornos del sueño, no nos permite ahondar más sobre esta relación.

Es frecuente la combinación de estados de depresión y/o tensión con insomnio aunque el sujeto no lo identifique (Bixler y cols., 1979; Reynolds III y cols., 1983). Se observa un alto porcentaje de pacientes (53%) con un componente depresivo cuya duración en algunos casos fue de más de seis meses. De estos, el 67% presenta un factor tensional que se manifiesta con cambios de humor, como la fácil irritabilidad ante situaciones intrascendentes.

Muy pocos de los pacientes estudiados han buscado ayuda profesional para sus problemas de sueño, lo que refleja la falta de información existente en nuestro medio respecto a este problema. Esto ocasiona que en la mayoría de los casos, ni el paciente, ni el médico identifiquen claramente y de manera individual estas alteraciones a las que consideran como síntomas que acompañan otras enfermedades.

La poca información obtenida en cuanto al uso de fármacos y de otras sustancias, especialmente el alcohol, no nos permite discutir su relación con los trastornos del sueño; sin embargo, sólo el 15% de los pacientes ingiere bebidas alcohólicas, lo que difiere de los hallazgos de Bixler y cols. (1979). Esto puede deberse a que la población estudiada estuvo compuesta en gran parte por mujeres, lo que determina que la frecuencia de ingesta de alcohol no haya mostrado porcentajes mayores. También encontramos que la abstinencia de etanol no genera alteraciones del

sueño, como ha sido reportado por otros autores (Bixler y cols., 1979).

No se observaron porcentajes importantes de otro tipo de trastornos del sueño o relacionados con él. Esto puede indicar que en nuestra población son poco comunes los problemas como la somnolencia excesiva, los cambios de ciclo o las parasomnias. El presente estudio realizado en una muestra no seleccionada de pacientes, muestra que los trastornos de la

iniciación del sueño son un problema común, de presentación moderada o discreta, que generalmente subestima el paciente. Aunque esta muestra no es representativa de la población general, los datos del estudio permiten iniciar un enfoque sistemático de los hábitos de sueño en una muestra de un hospital general, lo que puede tener cierto interés para el clínico interesado en los problemas de la psiquiatría de enlace.

REFERENCIAS

1. BENOIT O, FORET J, BOUARD G, MERLE B, LANDAU J, MARC, M E: Habitual sleep length and patterns of recovery sleep after 24 hours and 36 hours of sleep deprivation. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 50:447-485, 1980.
2. BERLIN M R, LITOVITZ G L, DIAZ M A, AHMED S W: Sleep disorders on a psychiatric consultation service. *Am J Psychiat*, 141:4-6, 1984.
3. BIXLER E O, KALES A, SOLDATOS C R, KALES J D, HEALEY S: Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiat*, 136:1257-1262, 1979.
4. DEMENT W C, LAUGHTON E M, CARSKADON M A: White paper on sleep and aging, *J Am Ger Soc*, 30:25-50, 1982.
5. FRANCESCHI M, ZAMPRONI P, CRIPPA D, SMIRNE S: Excessive daytime sleepiness: A 1-year study in an unselected inpatient population. *Sleep*, 5:239-247, 1982.
6. KRAMER M, KUPFFER D J, POLLACK C P: Cuando se alteran los patrones del sueño. *Atención Médica*, 20-31, 1983.
7. PICCIONE P, TALLARIGO R, ZORICK F, WITTIG R, ROTH T: Personality differences between insomniac and non-insomniac psychiatry outpatients. *J Clin Psychiat*, 42: 261-263, 1981.
8. REYNOLDS III C F, SHAW D H, NEWTON T F, COBLE P A, KUPFER D J: EEG sleep in outpatients with generalized anxiety A preliminary comparison with depressed outpatients. *Psychiat Res* 8:81-89, 1983.
9. ROFFWARG H P: Diagnostic classification of sleep and arousal disorders. *Sleep*, 8:1-137, 1979.
10. ROJAS-RAMIREZ J, CERRUD J, PEÑA J, DIAZ A, PEREZ-RINCON H, ALVAREZ-RUEDA J M: Características polisomnográficas y subjetivas del sueño en sujetos jóvenes normales durante cuatro noches consecutivas. *Salud Mental*, 6(2):63-73, 1983.
11. WAGNER K D, LORION R P, SHIPLEY T E: INSOMNIA AND PSYCHOSOCIAL CRISIS: Two studies of Erikson's developmental theory. *J Consult Clin Psychol*, 51:595-603, 1983.