

Hábitos y trastornos del dormir en residentes del área metropolitana de Monterrey

Arnoldo Téllez López*
Ma. Elizabeth Guerrero Sánchez*
Felipe Gutiérrez Torres*
Ma. Patricia Niño Ramírez*
Ma. Victoriana Silva Olivares*

Summary

This study was carried out in order to examine the prevalence of habits and sleep disorders, and its relationship with age, sex, and educational level in 1 000 persons (500 females and 500 males) from the Monterrey metropolitan area.

The reported sleep duration showed a normal distribution with a modal duration of 7-8 hours. Twenty two percent of the sample reported taking naps at least sometimes.

Over one third (36 %) had insomnia, but only 16 % reported severe insomnia. Females had significantly more insomnia and took more sleeping pills than males.

The insomniacs were significantly more tired at awakening, excessively more sleepy during daytime, experienced nightmares and sleep paralysis, and took more naps than non-insomniacs. Females with a low educational level had significantly more severe insomnia than females with a high educational level.

Excessive daytime sleepiness and hypersomnia in females tend to decrease with age. The same was observed in sleep-talking and somnambulism in both sexes. Sleep paralysis was reported as the more annoying sleep complaint. Males snored more often than females from 18 to 40 years old. After this age, females equal male rates.

Most of our findings are similar to those reported by studies carried out in other countries.

Resumen

Se aplicó un cuestionario sobre hábitos y trastornos del dormir a 1 000 personas adultas (500 mujeres y 500 hombres) en el área metropolitana de Monterrey. Se encontró que la mayoría reportó dormir 7-8 horas diarias y un 22 % dijo dormir siesta. Un 36 % de la muestra reportó padecer insomnio, aunque sólo el 16 % era severo. Este trastorno se encontró más frecuentemente en las mujeres que en los hombres. Los insomnes reportaron más cansancio al despertar y más excesiva somnolencia diurna, pesadillas y parálisis del dormir, y duermen siesta con más frecuencia que las personas sin insomnio. Las mujeres insomnes consumen más hipnóticos que los hombres insomnes. Las mujeres con menor nivel educativo presentaron un porcentaje más alto de insomnio.

La somnolencia excesiva diurna y la hipersomnia tienden a disminuir en las mujeres con la edad, igual que el hablar

dormido y el sonambulismo en ambos sexos. La parálisis del dormir resultó ser el trastorno más molesto del dormir. En los hombres es más frecuente roncar que en las mujeres hasta la edad de 40 años. Después de esta edad los porcentajes son iguales.

Muchos de los datos acerca del insomnio y otros trastornos del dormir, concuerdan con los reportados en otros países a pesar de las diferencias metodológicas y culturales.

El uso de la tecnología (electroencefalografía, electro-miografía, electrooculografía, etc.) en el estudio objetivo del dormir y sus alteraciones, a lo que se le denomina polisomnografía, ha permitido un mejor entendimiento y comprensión de estos fenómenos (1,25). En muchas partes del mundo se han establecido laboratorios y clínicas del dormir donde se llevan a cabo registros polisomnográficos, como métodos principales de investigaciones y diagnósticos de las alteraciones del dormir. Cada año se publican cientos de trabajos sobre este tópico.

Se ha sugerido (10) la necesidad de complementar los estudios clínicos exhaustivos de laboratorio, con estudios en grandes grupos de distintas poblaciones. Los datos epidemiológicos son muy importantes porque permiten, además de conocer el comportamiento de los trastornos del dormir en la población, promover estrategias de salud dirigidas a prevenirlos.

De los pocos estudios epidemiológicos que se han llevado a cabo, la mayoría se han realizado en Estados Unidos (2,9,11,19,31,33) y algunos otros en Europa, tales como los estudios de McGhie y Russell (18) en Escocia, el de Lugaresi y col. (15) en Italia, el de Quera-Salva y col. (23) en Francia, el de Weyerer y Dilling (34) en Alemania y el de Partinen y col. (22) en Finlandia. Otros más se han realizado en Israel (14) y en la República de China (35). La prevalencia de insomnio reportada en estos estudios varía desde un 4 hasta un 48 %. Parece obvio que la prevalencia de insomnio encontrado depende en gran medida del tipo de preguntas que se haga en el estudio. Por ejemplo, las investigaciones que han diseñado sus preguntas de acuerdo con la clasificación del insomnio por su forma (inicial, intermedio y terminal) por lo general ha-

* Departamento de Psico fisiología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León, Mutualismo 110 con Dr. Eduardo Aguirre Pequeño Col. Mitras Centro, 64460, Monterrey, N.L..

cen este tipo de preguntas: 1) ¿Tiene usted dificultad para empezar a dormir?, 2) ¿Se despierta durante la noche con dificultades para volver a dormir? y 3) ¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir? La mayoría de estos estudios han encontrado de un 30.7 a un 37.8 % de prevalencia de insomnio (2,9,11,19,31,33).

Preguntas tales como: ¿Ha perdido usted algo de sueño durante la semana pasada? reportaron 28.5 % de insomnio (34). Otras investigaciones han planteado preguntas tales como: ¿Duerme usted siempre o casi siempre mal?, que se refiere a problemas más severos del dormir, han detectado 19.1 % de insomnio (15).

En el estudio epidemiológico de Ford y col. (7) se hicieron las siguientes preguntas: ¿Ha tenido un periodo de 2 semanas o más con dificultades para empezar a dormir, y mantenerse dormido o despertando muy temprano por la mañana? Para que se considerara como insomnio, además de contestar afirmativamente la pregunta anterior, la persona debería haber consultado a un profesional sobre su problema, haber tomado medicamento, o manifestar que el insomnio interfería mucho con su vida. Además, la dificultad para dormir no debería ser consecuencia de una enfermedad física ni del uso de medicamentos o alcohol. En este estudio, la prevalencia encontrada fue de 10.2 %. En este mismo sentido ha resultado muy ilustrador el estudio de Welstein y col. (33), realizado en San Francisco, en el cual un 30.7 % dijo tener dificultades para empezar a dormir o para mantenerse dormido. Sin embargo, sólo un 4.3 % dijo tener insomnio. Podemos suponer que mucha gente que tiene dificultades para dormir no las cataloga como insomnio.

Por otro lado, un hallazgo con el que concuerdan la casi totalidad de los estudios es que el insomnio afecta con mayor frecuencia a las mujeres y a las personas de edad avanzada (9,10,11,18,19,23,33,34). Algunos estudios también han encontrado que el insomnio es más frecuente en la población urbana en comparación con la rural (23,35), en la clase baja, y en personas divorciadas y viudas (10). Las personas que sufren de este trastorno también reportan más síntomas psicológicos, tales como depresión y ansiedad, en comparación con las personas que no reportan insomnio (2,10,19,23,34). Por otra parte, en un estudio realizado en Tucson (11), se encontró una correlación significativa entre el insomnio y las enfermedades respiratorias obstructivas, tales como asma, bronquitis crónica y enfisema. Otros estudios epidemiológicos han encontrado que los pacientes insomnes tienden más a dormir siesta, y a reportar un número mayor de sueños en comparación con las personas no insomnes (15).

Los estudios más recientes indican que entre el 5 y el 10 % de la población toman píldoras para dormir (15,19,23). La mayoría de estos estudios reporta que el consumo de este tipo de fármacos es más común en las mujeres y en la gente de edad avanzada (9, 15,19). Hasta donde tenemos información, no se han realizado estudios de este tipo en las ciudades latino-americanas. En México se hizo un estudio acerca de la prevalencia de los trastornos del dormir en niños (13) y, al parecer, no se han hecho estudios en la población adulta.

El objetivo de esta investigación es establecer la relación de variables tales como edad, sexo, educación y ocupación con los trastornos del dormir, así como la relación que hay entre estos últimos. Además de intentar tener un dato aproximado de la prevalencia de los trastornos del dormir en el área metropolitana de Monterrey, nos parece de suma importancia conocer lo anterior, ya que esto puede orientar la investigación del diagnóstico y del tratamiento de cada una de las alternativas.

Método

Muestra

Mil personas de ambos sexos (500 mujeres y 500 hombres) con un rango de edad de 18 a 84 años, con una media de 30 años. Todos ellos residen en el área metropolitana de Monterrey.

El porcentaje de sujetos de la muestra, categorizados en rangos de edad, se comparó con la población de la ciudad de Monterrey según el último censo realizado antes del estudio (tabla 1). Como se puede observar, hubo una tendencia a sobreencuestar a sujetos de 18 a 30 años.

Instrumentos

Se utilizó un cuestionario que se construyó tomando como base el utilizado en el estudio de Bixler y cols. (2). El cuestionario consta de dos partes: La primera contiene preguntas acerca de los hábitos de dormir, tales como: la hora de dormir, la hora de despertar, la latencia del dormir (tiempo que tarda en quedarse dormido), tiempo total que duerme y el hábito de dormir siesta. La segunda parte contiene reactivos acerca de varias alteraciones del dormir y el consumo de fármacos para dormir (hipnóticos) o para permanecer despierto (estimulantes). Esta segunda parte se inició con la siguiente consigna: Lea con detenimiento los problemas del dormir que se mencionan abajo y

TABLA 1
Porcentaje de personas a diferentes rangos de edad en nuestra muestra y de la población de la ciudad de Monterrey, según el censo de 1980

| Años | 18 - 20 | 21 - 30 | 31 - 40 | 41 - 50 | 51 - 60 | 61 - 84 |
|------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| % de sujetos muestra | 24.0 | 41.2 | 14.8 | 9.7 | 6.2 | 4.1 |
| % de sujetos población | 13.8 | 33.8 | 20.0 | 14.1 | 9.6 | 8.0 |

* p .01

señale cuáles de ellos presenta usted actualmente, con qué frecuencia se presentan, desde cuándo comenzaron a presentarse y qué tan molesto es. Sobre la frecuencia del problema se presentaron tres alternativas: "nunca", "a veces" y "frecuentemente". La duración podría ser: "menos de un mes", "más de un mes pero menos de un año" y "más de un año". En relación con lo molesto del problema, las personas podrían contestar con un "no me molesta", "me molesta poco" o "me molesta demasiado".

Las preguntas eran las siguientes:

1. ¿Tiene dificultades para empezar a dormir?
2. ¿Despierta durante la noche con dificultades para volver a dormir?
3. ¿Despierta en la noche y no logra volver a dormir?
4. ¿Se siente cansado al despertar?
5. ¿Siente que duerme demasiado tiempo?
6. ¿Siente muchas ganas de dormir durante el día?
7. ¿Tiene pesadillas?
8. ¿Recuerda sus pesadillas detalladamente?
9. ¿Habla dormido?
10. ¿Tiene sonambulismo (camina dormido)?
11. ¿Siente que no puede moverse o se siente paralizado al empezar a dormir o al despertar?
12. ¿Rechina los dientes cuando está dormido?
13. ¿Se orina en la cama?
14. ¿Ronca?
15. ¿Toma medicamentos para dormir?
16. ¿Toma medicamentos para mantenerse despierto o dormir menos?

El objetivo de cada uno de los reactivos era detectar los siguientes trastornos del dormir y el consumo de fármacos: 1) insomnio inicial, 2) insomnio intermedio, 3) insomnio terminal, 4) sueño no-reparador o insuficiente, 5) hipersomnias, 6) somnolencia excesiva diurna, 7) pesadillas, 8) el recuerdo de las pesadillas (intento de distinguir entre pesadillas y terror nocturno), 9) somniloquio, 10) sonambulismo, 11) parálisis del dormir, 12) bruxismo, 13) enuresis, 14) roncar, 15) consumo de fármacos hipnóticos, y 16) consumo de fármacos estimulantes del sistema nervioso central.

Con base en la definición del insomnio como un malestar fundamentalmente subjetivo para iniciar o mantenerse dormido, se utilizó como criterio para considerar a una persona como insomne, el que su problema le molestara "poco" o "demasiado". Si la persona reportaba tener problemas para dormir "a veces" o "frecuentemente" pero no le molestaba por lo menos un poco, no se le consideraba como insomne.

Procedimiento

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico. La encuesta se hizo entre finales de 1986 y principios de 1987, en los principales centros del área metropolitana de Monterrey (áreas de descanso, plazas comerciales, parques, etc.), donde converge una gran cantidad de personas de diferentes estratos sociales. Se seleccionaron únicamente aquellas personas que estuvieran sentadas y que aparentemente no estuvie-

ran ocupadas. Se les informó que procedíamos de la Universidad Autónoma de Nuevo León y que los datos eran anónimos y estrictamente confidenciales, y por lo tanto podían contestar sinceramente. Se les dio una breve explicación acerca de la forma de contestar la encuesta; posteriormente se pasó a la recopilación de datos. Eran descartadas del estudio todas aquellas personas que no vivieran dentro del área metropolitana de Monterrey.

Análisis de datos

El tratamiento estadístico se hizo con la prueba X^2 de dos colas para una y dos muestras independientes (26). Se utilizó el valor de p igual o menor a 0.05 como nivel de significancia para todos los datos.

Resultados

Hábitos del dormir

El tiempo que duermen. Al graficarse el número de horas que acostumbraban dormir las personas encuestadas, tomaban una forma de curva normal (fig. 1). La duración que se reportó con más frecuencia fue la de 7-8 horas. El 65 % de los encuestados reportó dormir un tiempo que caía en el intervalo de 6:31-9:00 horas de duración (fig. 1).

Siestas. Un 22.8 % ($N = 228$) de la muestra total dijo dormir siesta por lo menos algunas veces. No hubo diferencias entre hombres y mujeres.

El porcentaje de personas que duermen siesta fue mayor en el grupo de los mayores de 61 años de ambos sexos: 42.8 % de los hombres y 38.4% de las mujeres de 61-84 años dormían siesta "al menos algunas veces", en comparación con los hombres (21%) y las mujeres (20.8%) de 18-20 años, aunque sólo en los hombres fue significativo ($X^2 = 19.8, p < .01$).

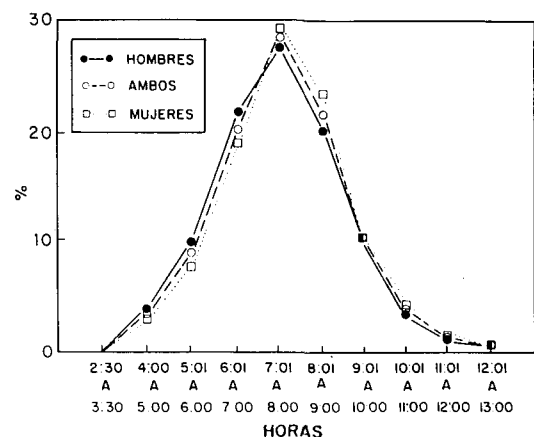


Figura 1. Duración promedio del dormir reportada por las personas encuestadas. Obsérvese la forma de curva normal que toma la gráfica.

El 80 % dormía la siesta entre las 13:00 y las 16:00 horas, el 9.2 % entre las 16:00 y las 19:00 horas, y solamente un 3.5 % dormía siesta entre las 11:00 y las 12:00 horas. Un 8 % no especificó su horario.

Insomnio

Insomnio global. Se encontró que un 36.1 % de los encuestados reportaron tener insomnio de cualquiera de los tipos: inicial, intermitente y terminal.

Dentro de éstos se localizó un grupo (16.4 % de la muestra total) a los que el insomnio les resultaba sumamente molesto, al que denominamos "insomnio severo"; 67.5 % de ellos tenía más de un año con este problema.

La incidencia de insomnio en las mujeres fue significativamente más alta que en los hombres (40.8 % contra 31.4 % $X^2 = 9.1$ $p < .01$). Esta diferencia se observa más claramente a partir de la década de los 41-50 años (fig. 2).

Al analizar el insomnio en relación con la edad, se observó que en el grupo de las mujeres, el porcentaje más alto de insomnio se reportó después de los 41 años (fig. 2). En los hombres, el porcentaje más alto de insomnio ocurrió en el rango de edad de 18-30 años.

El insomnio inicial fue el tipo de insomnio que se presentó con más frecuencia (25.4 %). El 28 % de las mujeres y el 22.98 % de los hombres reportaron este tipo de insomnio (no significativo). Las dificultades para empezar a dormir fueron más frecuentes en los hombres de 18-20 años ($X^2 = 14.9$, $p < .01$), que en las personas de más edad.

El insomnio intermedio. Un 20.9 % reportó tener este tipo de insomnio, el cual se presentó con mayor frecuencia en las mujeres (26 % contra 15.8 %; $X^2 = 15.1$, $p < .001$). No hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad de hombres y mujeres.

El insomnio terminal se presentó en sólo un 11 % de la muestra: 13.8 % de las mujeres y 8.2 % de los hombres ($X^2 = 7.4$, $p < .01$). El insomnio terminal se presentó con más frecuencia en hombres de 61-84 años ($X^2 = 47.2$, $p < .001$) y en las mujeres de 51-60 años ($X^2 = 26.8$, $p < .001$).

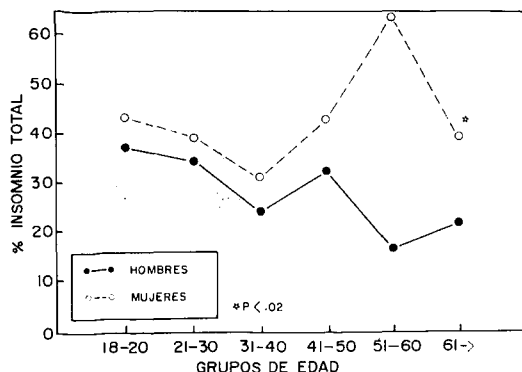


Figura 2. Porcentaje de insomnio en hombres y mujeres en distintos rangos de edad.

El insomnio y los hábitos de dormir

Uno de cada cuatro insomnes (28 %) reportó dormir siesta por lo menos algunas veces, lo cual es significativamente mayor que el porcentaje de siestas reportadas por los no insomnes (19.8 %) ($X^2 = 8.3$, $p < .01$).

El insomnio y otras alteraciones del dormir

Los insomnes (N = 361) tuvieron significativamente más cansancio al despertar (44 % contra 16.6 %, $X^2 = 101$, $p < .001$), somnolencia excesiva diurna (32.4 % contra 15.3 %, $X^2 = 38.8$, $p < .0001$), pesadillas (31.5 % contra 15.3 %, $X^2 = 35$, $p < .001$), y parálisis del dormir (15.2 % contra 8.9 %, $X^2 = 43.2$, $p < .001$), en comparación con las personas que no reportaron insomnio (N = 639). Los hombres insomnes también reportaron más hipersomnio que los hombres no insomnes (17.8 % contra 6.1 %, $X^2 = 15.4$ $p < .001$).

El insomnio y el consumo de fármacos hipnóticos

Un 5 % (N = 50) de la muestra total reportó tomar medicamentos para dormir; 1.4 % lo hacía "frecuentemente" y 3.6 % "a veces" (se desconoce si era con o sin prescripción médica ya que no se incluyeron reactivos para identificar esta variable); 1.6 % eran hombres y 3.4 % mujeres ($X^2 = 6.1$, $p < .02$). El consumo de medicamentos hipnóticos no significa necesariamente que se padezca de insomnio: 50 % de los hombres y 14 % de las mujeres que consumían hipnóticos no reportaron tener insomnio.

Sólo un 10.5 % de los insomnes (N = 38) tomaban fármacos hipnóticos; de ellos un 3.3 % lo hacían frecuentemente, y un 7.2 sólo a veces. También se encontró que un 14.7 % (N = 30) de las mujeres insomnes consumen este tipo de medicamento, mientras que sólo un 5.1 % (N = 8) de los hombres insomnes lo consumen. Esto indica que las mujeres insomnes ingieren casi tres veces más hipnóticos que los hombres con el mismo padecimiento ($X^2 = 7.7$, $p < .01$).

También se encontró que el porcentaje de personas que consumen hipnóticos es más alto a medida que aumenta la edad del grupo al que pertenecen. Así, el consumo de hipnóticos se incrementó de 1.6 % en el grupo de 18-20 años a 17 % en el grupo mayor de 61 años ($X^2 = 22$, $p < .001$). Este incremento es más notorio en el grupo de las mujeres, donde se incrementa 8 veces el consumo de hipnóticos del grupo de 18-20 al de 51-60 años ($X^2 = 43$, $p < .001$) (tabla 2).

Insomnio severo

Como se mencionó anteriormente, un 16.4 % presentó insomnio severo, de los cuáles casi la mitad de ellos (7.5 %) reportaron padecerlo frecuentemente. 67.5 % de estos insomnes dijeron tener más de un año con su problema. No hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres.

El consumo de fármacos hipnóticos en insomnes severos fue de 14 %, mientras que en aquellos que tenían insomnio moderado fue de 7.6 %.

TABLA 2
Porcentaje del consumo de fármacos hipnóticos en hombres y mujeres en diferentes rangos de edad

| | Años | | | | | | |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| | 18 - 20 | 21 - 30 | 31 - 40 | 41 - 50 | 51 - 60 | 61 - 84 | |
| Mujeres | 2.9 | 3.6 | 5.5 | 11.8 | 26.6 | 23.0 | * |
| Hombres | 0.0 | 2.7 | 2.6 | 10.5 | 0.0 | 14.2 | * |
| Total | 1.6 | 3.1 | 4.0 | 11.2 | 12.9 | 17.0 | * |

* p < .01

El insomnio y el nivel de educación

En las mujeres se encontró que el grupo con menor nivel educativo presentaba más problemas de insomnio severo. Las mujeres sin escolaridad, así como las que habían cursado primaria y secundaria tenían 22.3 % y 23.6 % de insomnio severo, respectivamente, en comparación con el 14.7 % de las que tenían estudios de preparatoria y estudios profesionales ($X^2 = 34$, $p < .001$).

El insomnio y la ocupación

Se analizó la relación entre la frecuencia del insomnio y la ocupación de las personas encuestadas, y se encontró que sólo en el grupo de hombres hubo diferencias significativas. En cuanto al insomnio, los estudiantes presentaron la mayor incidencia (44.5 %) y los profesionales la menor (20.5 %), y en lo que respecta al insomnio severo, este fue más frecuente en los desempleados (19.2 %) y menos frecuente en los profesionistas (18.8 %) (tabla 3).

El consumo de fármacos estimulantes

Sólo un 0.7 % de la muestra reportó tomar medicamentos para mantenerse despierto o dormir menos; 0.5 % los consumía "a veces" y 0.2 % "frecuentemente". Todos eran hombres entre los 21-30 años.

TABLA 3
Porcentaje de insomnio en personas agrupadas en diferentes tipos de ocupación

| | | Insomnio (%) | Insomnio severo (%) |
|----------------|----------------------|--------------|---------------------|
| Hombres | Jubilados | 21.42 | 13.33 |
| | Desempleados | 34.78 | 19.23* |
| | Estudiantes | 44.53* | 13.90 |
| | Obreros | 32.35 | 12.50 |
| | Empleados | 27.77 | 13.11 |
| | Habilidades técnicas | 26.37 | 15.00 |
| | Comerciantes | 29.50 | 14.49 |
| | Profesionistas | 20.58 | 10.81 |
| Mujeres | Trabj. domésticas | 60.00 | 40.00 |
| | Amas de casa | 42.70 | 21.08 |
| | Desempleadas | 41.10 | 5.80 |
| | Estudiantes | 38.60 | 9.09 |
| | Obreras | 41.02 | 10.20 |
| | Empleadas | 35.70 | 21.40 |
| | Habilidades técnicas | 31.50 | 19.20 |
| | Comerciantes | 50.00 | 12.50 |
| Profesionistas | 45.80 | 16.60 | |

* p < .05

Otras alteraciones del dormir

Respecto a las demás alteraciones se encontraron los siguientes datos:

Cansancio al despertar: Las mujeres reportaron más cansancio al despertar que los hombres (22.2 % contra 29.6 %, $X^2 = 7.5$, $p < .01$).

Hipersomnia: El 9.5 % de la muestra dijo sentir que duerme demasiado. En las mujeres, la presencia de este síntoma se reduce significativamente: de 11 % en el grupo de 18-20 años a 0 % en el de 61-84 años ($X^2 = 16.3$, $p < .01$).

Excesiva somnolencia diurna (ESD): 21.5 %, presentó este síntoma. En las mujeres el ESD fue más frecuente en el grupo de edad de 18-20 años (19.4 %, que en el de 61-84 años (7.6 %) ($X^2 = 11.9$, $p < .05$).

Pesadillas: El 21.2 % tenía pesadillas por lo menos algunas veces, aunque sólo 3 % reportó tenerlas frecuentemente. En las mujeres las pesadillas se presentan con más frecuencia entre los 18 y los 30 años ($X^2 = 11.3$, $p < 0.5$).

Somnolencia: El hablar dormido se presentó en el 21.3 % de la muestra; sólo 4.4 % dijo sucederle frecuentemente. No hubo diferencia entre los sexos. La hipnolalia es más frecuente entre los jóvenes.

Sonambulismo: El 1.9 % reportó tener sonambulismo, aunque sólo a 2 de cada mil les sucedía frecuentemente. No hubo diferencias entre los sexos. En los hombres, el sonambulismo se reduce de 2.9 % a los 18-20 años a 0 % a partir de los 41 años ($X^2 = 11.7$, $p < .05$). En las mujeres el sonambulismo deja de presentarse después de los 51 años.

Parálisis del dormir: Se presenta en 11.3 % de la muestra, por lo menos algunas veces. No hubo diferencias significativas en las variables de sexo y edad.

Enuresis: Sólo 5 mujeres (0.5 %) de 21-60 años reportaron orinarse dormidas algunas veces. Tres de las cinco mujeres que reportaron enuresis nocturna, tenían insomnio y consumían fármacos hipnóticos.

Bruxismo: Un 16 % reportó rechinar los dientes mientras dormía, aunque sólo 0.7 % lo hacía frecuentemente. No hubo diferencia entre los sexos. En las mujeres se presenta con más frecuencia entre los 41 y los 50 años y después desaparece.

Roncar: El 35.9 % reportó que roncaba. Los hombres roncan más (39.8 %) que las mujeres (32 %) ($X^2 = 26.2$, $p < .02$). Sin embargo, esta diferencia sólo es apreciable de los 18 a los 40 años; después de esa edad los porcentajes se igualan (fig. 3). También se observa que la incidencia se incrementa conforme avanza

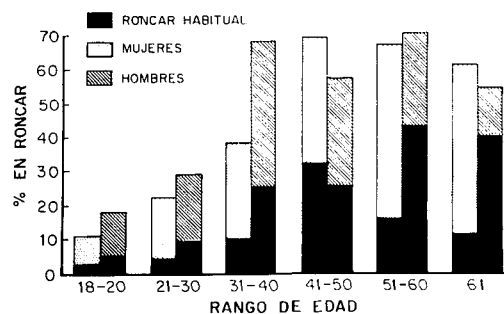


Figura 3. Porcentaje del roncar reportado en hombres y mujeres a distintos rangos de edad. La marca oscura indica el porcentaje de roncadores habituales dentro de cada rango.

la edad, tanto en los hombres como en las mujeres ($X^2 = 41.7$, $p < .001$ y $X^2 = 60.9$, $p < .001$, respectivamente).

Solamente un 12.2 % dijo que roncaba frecuentemente; de éstos 7.9 % eran hombres y 4.6 % mujeres ($X^2 = 10.1$, $p < .01$). Al analizar la frecuencia de este trastorno por edad, se observa en los hombres un incremento lineal de 4.7 % a los 18-20 años a 39.2 % a los 61-80 años. En las mujeres se observa un pico muy acentuado a los 41-50 años.

De estas alteraciones, la parálisis del dormir resultó ser el problema más molesto (83 %), seguido por las pesadillas (62.2 %) y la enuresis (60 %).

Discusión

Insomnio

Por lo que respecta a los porcentajes de los trastornos del dormir encontrados en la muestra y su posible generalización al resto de la población, el principal inconveniente del estudio es que la forma de muestreo no es la más adecuada cuando se busca representar a la población. Sin embargo, es muy interesante observar que nuestros datos de prevalencia concuerdan significativamente con los reportados en la literatura cuando se utilizó el mismo tipo de preguntas. Por lo que respecta a la prevalencia del insomnio en nuestro estudio (36 %), ésta es muy similar a la encontrada en Los Angeles por Bixler y cols. (2), que

fue de 32.2 %, así como también al 33 % encontrado por Thorby y cols. (31) en Houston, al 35.4 % encontrado en Alachua County (9), y al 37.8 % en Tucson (11). Así mismo, concuerda con el estudio nacional realizado en Estados Unidos por Mellinger y cols. (19), en el que se encontró un 35% de insomnio general, del cual la mitad (17 %) se consideró como insomnio severo. En el presente estudio se obtuvo un 36.1 % y 16.4 %, respectivamente. Al tomar los datos brutos de estos estudios y compararlos, no se encontraron diferencias significativas entre ellos, lo que podría indicar que a pesar del tipo de muestreo, la prevalencia del insomnio podría ser similar tanto en los Estados Unidos como en la ciudad de Monterrey (tabla 4). De hecho, Monterrey es ya una gran metrópoli industrial de alrededor de 3 millones de habitantes, con un ritmo de vida parecido al de las ciudades estadounidenses. Estudios en los que se usaron otros criterios han encontrado porcentajes de insomnio diferentes; en Francia Quera y cols. (23) encontraron un 48 % de insomnio. En Alemania Weyerer y Dilling (34) encontraron que un 28.5 % había presentado insomnio la semana anterior a la encuesta. Ford y cols. (7), utilizando un criterio muy estricto, encontraron en Estados Unidos un 10.2 % de insomnio. Zhang (35) en la República de China encontró un 53 % de insomnio transitorio y 5.4 % de insomnio persistente.

Los resultados encontrados en relación con la mayor prevalencia de insomnio en las mujeres en comparación con los hombres, concuerdan casi totalmente con los datos de la mayoría de los estudios (7, 9,10,11,12,15,18,). No conocemos estudios que expliquen satisfactoriamente este hallazgo; aunque nosotros encontramos que, al igual que otros estudios (15, 31), el más alto porcentaje de insomnio en las mujeres se da a partir de los 41-50 años, edad a la que es común que se presente la menopausia. Como es sabido, la menopausia puede provocar algunos problemas psicológicos, entre los cuales están la angustia y la depresión, consideradas como algunas de las principales variables involucradas en el desencadenamiento del insomnio (2,7,19). Lugaresi y cols. (15), quienes también encontraron un incremento en la incidencia de insomnio en las mujeres italianas de 45-54 años, mencionan que a esa edad, aparte de la menopausia, pueden desencadenarse crisis emocionales tales como un decremento del afecto hacia el esposo, o del esposo hacia ellas. También es frecuente que en esa etapa los hijos empiecen a abandonar la casa. Cree-

TABLA 4
Porcentaje de insomnio en hombres y mujeres así como el porcentaje de consumo de hipnóticos en diferentes investigaciones que utilizaron el mismo tipo de reactivos

| Investigación | Año | Ciudad | % Insomnio | % Insomnio severo | % Insomnio hombre | % Insomnio mujeres | % Consumo hipnóticos |
|------------------|------|----------------|------------|-------------------|-------------------|--------------------|----------------------|
| Bixler y col. | 1979 | Los Angeles | 32.2 | | | | |
| Thorby y col. | 1977 | Houston | 33.0 | | | | 9.7 |
| Karacan y col. | 1976 | Alachua | 35.4 | | 30.0 | 39.7 | 10.0 |
| Mellinger y col. | 1985 | Nacional(E.U.) | 35.0 | 17.0 | 31.0 | 39.0 | 4.3 |
| Klink y Quan | 1987 | Tucson | 37.8 | | 32.1 | 42.1 | |
| Presente Inv. | 1987 | Monterrey | 36.0 | 16.4 | 31.4 | 41.8 | 4.9 |

Diferencias Estadísticas

NS

NS

NS

NS

P = .001

mos que las mujeres latinoamericanas pasan por circunstancias similares.

Resulta un poco más difícil encontrar una explicación al hecho de que las mujeres insomnes consuman más fármacos hipnóticos que los hombres en las mismas condiciones. Se podría argumentar que el insomnio de las mujeres es más molesto que el de los hombres. Sin embargo, no se encontraron diferencias respecto al insomnio severo entre ambos grupos. Es probable que alguna variable sociocultural facilite a la mujer buscar tratamiento médico, o que se automedique con más frecuencia que el hombre. Esta variable puede ser el rol social que se le asigna a la mujer, que propicia que se queje de sus molestias con más libertad que el hombre. Esto lo apoya el estudio de Wels-tein y cols. (33), en el que encontraron que las mujeres con problemas para dormir buscan ayuda médica con más frecuencia que el sexo opuesto.

Resulta de interés el hecho de que los insomnes duerman significativamente más siestas que las personas que no tienen insomnio, lo cual se confirmó en el estudio epidemiológico de Lugaresi y cols.(17). En un estudio clínico, Carskadon y cols.(5) encontraron que el 50 % de sus pacientes con insomnio crónico habían reportado dormir siesta por lo menos algunas veces. Spielman (28) señala que la siesta es uno de los principales factores que perpetúan el insomnio con otros factores tales como: 1) estar mucho tiempo en la cama, 2) tener un horario irregular para acostarse y levantarse, 3) consumir alcohol, fármacos hipnóticos y sedantes, y 4) condicionamiento negativo. Es por ese motivo que algunos procedimientos terapéuticos que promueven la higiene del dormir (entre otras cosas, suprimiendo las siestas) resultan muy eficaces en el tratamiento de algunos tipos de insomnio. Tal es el caso de la terapia del control de estímulos (32).

Por otra parte, la mayoría de las investigaciones han encontrado que el insomnio se incrementa conforme avanza la edad en ambos sexos. Nosotros encontramos esta tendencia sólo en las mujeres, pues en los hombres la mayor incidencia de insomnio se presenta de los 18 a los 30 años. Únicamente en el estudio de Los Angeles (2) aparecen datos similares al nuestro. Cabe señalar que en el presente estudio se encontró que sólo el porcentaje de insomnio de tipo inicial era el que se encontraba significativamente elevado en los jóvenes. Este tipo de insomnio se asocia frecuentemente con tensión, angustia, preocupaciones, etc.

Las personas con insomnio dormían más siestas y tuvieron significativamente más cansancio al despertar, excesiva somnolencia, pesadillas y parálisis del dormir. Las tres primeras parecen consecuencia lógica de un dormir interrumpido, corto o de mala calidad. Es muy probable que las pesadillas se deban a las preocupaciones o a los problemas psicológicos que frecuentemente son causa de varios tipos de insomnio. Sin embargo, no tenemos una clara explicación sobre la asociación de la parálisis del dormir con el insomnio. Algunos investigadores han observado que variables tales como cansancio excesivo y las alteraciones del ciclo dormir-vigilia (como tener un turno de trabajo nocturno o rotatorio, etc.), promueven la apa-

rición de la parálisis. Quizá estas dos mismas variables, presentes también en los insomnes, faciliten la aparición de este trastorno.

Debido a la gran incidencia del insomnio en las áreas urbanas es necesario implementar el desarrollo de técnicas de tratamiento no farmacológico que sustituyan o complementen el tratamiento farmacológico, ya que éste está dirigido sólo a erradicar los síntomas y no las causas de esta alteración. Además, la mayoría de los tratamientos farmacológicos prolongados llevan consigo otro tipo de problemas, como la tolerancia, la habituación y la interacción tóxica con otras drogas, etc. (27).

Actualmente se dispone de 6 técnicas no farmacológicas de tratamiento para combatir el insomnio: 1) De relajación (relajación progresiva, entrenamiento autogénico, etc.), 2) de condicionamiento (control de estímulos, restricción del tiempo en cama), 3) cognoscitivas (efecto placebo, intención paradójica), 4) cronoterapia, 5) técnicas que promueven la higiene del dormir, 6) técnicas varias (electrosueño, ejercicio físico, etc.). Estas técnicas tienen un alto grado de efectividad, sin los efectos negativos del consumo prolongado de fármacos hipnóticos (27,29). Otros tipos de insomnio debido a causas médicas, tales como, apneas centrales, mioclonia nocturna, insomnio por dolor, requieren de tratamiento médico específico.

Otros trastornos del dormir

Roncar es una dificultad del dormir que ha sido poco estudiada, ya que sólo en el estudio realizado en la República de San Marino se incluyeron reactivos para estudiarla (17,20). En este estudio se encontró que un 19 % de la muestra reportó roncar habitualmente, siendo más común en los hombres (12 %) que en las mujeres (6.9 %). En el presente estudio, 12 % de la muestra dijo roncar frecuentemente, del cual, 7.9 % eran hombres y 4.6 % mujeres.

Se ha descubierto que la progesterona actúa como estimulante respiratorio, lo que explica que las mujeres ronquen menos que los hombres de los 18 a los 40 años, y que después de esta edad, con la aparición de la menopausia, los porcentajes se igualan, por lo que la administración de medroxiprogesterona se ha utilizado como tratamiento en algunos tipos de apneas aunque con resultados no muy alentadores (21). Ramírez-Gómez (24), menciona que la testosterona también tiene efectos en la ventilación y en la quimiosensibilidad. Así mismo las hormonas afectan la estructura de las vías respiratorias superiores. Todas estas variables tomadas en conjunto podrían ayudar a explicar la diferencia entre hombres y mujeres en cuanto al roncar.

En estudios de laboratorio se ha encontrado que roncar frecuente e intensamente incrementa la presión sistémica y pulmonar durante el dormir, aun sobre los niveles de vigilia. Se ha hipotetizado que esta condición representa la primera fase en el desarrollo del síndrome de apneas del dormir, así como la hipertensión (16). Esta última aseveración se ha visto apoyada por los estudios epidemiológicos de Lugaresi y col. (15) y Mondini y cols. (20) en los que se encontró que

el roncar se presenta con más frecuencia en las personas de sexo masculino, en las de edad avanzada, en las obesas y en las que tienen hipertensión.

Respecto al porcentaje (0.5%) de enuresis nocturna reportada, este pudiera ser mayor, pero debido a lo socialmente aversivo que resulta esta condición, un alto porcentaje de personas pudieron haber omitido una respuesta positiva. Otros estudios han encontrado resultados similares (2).

Por otro lado, de todos los trastornos del dormir, el que resulta más molesto es la parálisis del dormir, que consiste en una pérdida total del tono muscular, que ocurre en la transición entre el dormir y el despertar con mantenimiento de la conciencia. Este trastorno, que parece ser una intrusión en la vigilia del dormir de movimientos oculares rápidos, afecta al 11 % de la muestra; otros datos indican que afecta a un 10 % de los estudiantes universitarios (30), y provoca una gran angustia cuando se experimenta por primera vez. A pesar de la gran incidencia y lo angustiante que resulta, este trastorno ha sido estudiado muy poco.

Esta alteración, que se presenta aisladamente, también es un síntoma de la tetrada narcoléptica junto con las alucinaciones hipnagógicas, cataplejía y ataques de sueño. En muchas ocasiones el primer síntoma de la narcolepsia es la parálisis del dormir (28). Cuando esto sucede, la incógnita es si este síntoma puede o no llegar a ser parte del síndrome narcoléptico. La narcolepsia es una alteración crónica que puede provocar en muchos casos incapacidades psicosociales (4).

Discusión general

En general, no hay mucha diferencia entre las frecuencias de los trastornos del dormir reportadas en diferentes países y culturas. Estamos de acuerdo con Lavie (14) cuando expresa que, "...las alteraciones del dormir son mínimamente afectadas por las diferencias culturales en los hábitos del ciclo dormir-vigilia" (pág. 156).

A pesar de que la incidencia de algunos trastornos del dormir es alta, en la ciudad de Monterrey, al igual que en las demás ciudades de la provincia de México, sólo hay un centro privado donde se practican eva-

luaciones polisomnográficas de estos trastornos; y éste, junto con otro que hay en Cd. Juárez, son los únicos en toda la provincia de México. Por lo tanto se hace indispensable la creación de laboratorios del dormir en los principales hospitales de las ciudades de provincia, para hacer valoraciones objetivas de los trastornos más serios, entre ellos, el insomnio crónico, las apneas del dormir o la narcolepsia etc. para indicar el tratamiento más adecuado. Debido a la alta prevalencia de algunos trastornos del dormir, sería conveniente que la apertura de centros de evaluación de estas alteraciones se complementara con campañas de difusión que promuevan la higiene del sueño entre la población, tales como la conveniencia de tener un horario regular para acostarse y levantarse, hacer regularmente ejercicio físico a horas adecuadas, no dormir siesta, usar la cama sólo para dormir y para tener relaciones sexuales, no consumir estimulantes cerca de la hora de dormir, evitar el uso crónico de medicamentos para dormir, etc.

No se sabe aún con certeza cuáles son las consecuencias a largo plazo del insomnio y del consumo de píldoras para dormir. Sin embargo, es de interés citar el estudio prospectivo de Kripke y col. (12), realizado en los Estados Unidos, en el cual se estudió una muestra de un millón 64 mil personas en relación con sus hábitos del dormir. Seis años después de la entrevista inicial, estos investigadores encontraron que las personas que reportaron que dormían menos de 4 y más de 10 horas diarias tenían una probabilidad de 2.8 y 1.8 veces más, respectivamente, de morir, que los que dormían de 7 a 8 horas, y los que consumían fármacos para dormir tenían 1.5 veces más probabilidades de morir que los que no los tomaban. Esto no necesariamente significa que haya una relación causal entre el déficit y el exceso de dormir, el consumo de píldoras y la mortalidad, pero sí que es necesario hacer más investigaciones sobre el tema para aclarar este tipo de incógnitas.

Por lo tanto, creemos que es necesario hacer un estudio epidemiológico probabilístico, sistemático y prospectivo donde se aplique, además del cuestionario sobre el dormir, pruebas psicológicas y médicas para estudiar la relación entre los trastornos del dormir y los trastornos médicos y psicológicos, en una muestra tanto urbana como rural.

REFERENCIAS

1. ASSOCIATION OF SLEEP DISORDERS CENTERS: Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders. Primera edición. *Sleep*, 2:1-137, 1979.
2. BIXLER E D, 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.
3. BORKOVEC T D: Insomnia. *J Consul Clin Psychol*, 50: 880-895. 1982.
4. BROUGHTON R, GHANEM Q, HISHIKAWA Y, SUGITA Y, NEVSIMALOVA S, ROTH B: Life effects of narcolepsy in 180 patients from North America, Asia and Europe compared with matched controls. *Le Journal Canadien des Sciences Neurologiques*, 8:229-304, 1981.
5. CARSKADON M A, DEMENT W C, MITLER M M, GUILLEMINAULT C, ZARCONE V P, SPIEGEL R: Self-reports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. *Am J Psychiat*, 133:1382-1388, 1976.
6. COLEMAN R M, ROFFWARG H T, KENNEDY S J, GUILLEMINAULT C, CINQUE C, COHN M A, KARACAN I, KUPFER T J, LEMMI H, MILES L E, ORR W C, PHILLIPS L E, ROTH T, SASSIN J F, SCHMIDT H S, WEITZMAN E D, DEMENT W C: Sleep-wake disorders

- based in polysomnographic diagnosis: A National Cooperative study. *JAMA*, 247:997-1003, 1982.
7. FORD D E, KAMEROW D B: Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. *JAMA*, 262:1479-1484, 1989.
 8. GUILLEMINAULT C, DEMENT W C: Disorders of excessive sleep. En: Weitzman E D (Dir). *Advance of Sleep Research*. Spectrum Publications, 1:345-390, Nueva York, 1974.
 9. KARACAN I, THORBY J I, ANCH M, HOLZER C E, WARHEIT G J, SCHAWB J J, WILLIAMS R L: Prevalence of sleep disturbances in a primarily urban Florida County. *Soc Sci Med*, 10:239-244, 1976.
 10. KARACAN I, THORBY J I, WILLIAMS R L: Sleep disturbances a community survey. En: C Guilleminault E. Lugaresi (Eds.). *Sleep/wake disorders: Natural history, epidemiology and long-term evolution*. Raven Press, 37-60, Nueva York, 1983.
 11. KLINK M, QUAN S F: Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways disease. *Chest*, 91:540-546, 1987.
 12. KRIPKE D L, SIMONS R N, GARFINKEL L, HAMMOND E C: Short and long sleep and sleeping pills; is increased mortality associated?. *Arch Gen Psychiat*, 36:103-116, 1979.
 13. LARA-TAPIA H, RAMIREZ-RAMIREZ L, HERNANDEZ A: Epidemiología y clínica de las alteraciones del sueño en niños. En: Resumen de las Comunicaciones del III Congreso Mexicano de Psicología. 1:1,94, México, D.F., 1982.
 14. LAVIE P: Sleep habits and sleep disturbances in industrial workers in Israel: main finding and some characteristics of workers complaining of excessive daytime sleepiness. *Sleep*, 4:147-158, 1981.
 15. LUGARESÍ E, CIRIGNOTA F, ZUCCONI M, MONDINI S, LENZI P L, COCCAGNA G: Good and poor sleepers: and epidemiological survey of the San Marino population. En: C. Guilleminault, E. Lugaresi (Eds.). *Sleep/wake disorders: Natural History, Epidemiology, and Long-term Evolution*. Raven Press: 1-12, Nueva York, 1983.
 16. LUGARESÍ E, COCCAGNA G, FARNETI P y cols: Snoring. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 39:59-64, 1975.
 17. LUGARESÍ E, COCCAGNA G, PIANA C: Snoring: some epidemiological data. En: Karacan, Ismet (Eds.). *Psychophysiology Aspects of Sleep*. Noyes Medical Publication. 106-108. Nueva Jersey, 1981.
 18. MCGHIE A, RUSSELL S M: The subjective assessment of normal sleep patterns. *J of Mental Sci*, 108:642-654, 1962.
 19. MELLINGER G D, BALTER M B, UHLENHUTH E H: Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiat*, 42:225-232, 1985.
 20. MONDINI S, ZUCCONI M, CIRIGNOTA F, AGUGLIA U, LENZI P L, ZAULI C, LUGARESÍ E: Snoring as a risk factor for cardiac and circulatory problems: An Epidemiological Study. En C Guilleminault, E Lugaresi (eds). *Sleep-wake Disorders: Natural History, Epidemiology, and Long-term Evolution*. Raven Press, 99-105, Nueva York, 1983.
 21. ORR W C, IMES N K, MARTIN R J: Progesterone therapy in obese patients with sleep apnea. *Arch Inter Med*, 139:1099-11, 1979.
 22. PARTINEN M, KAPRIO J, KOSKENVO M, LANGINVAINTO H: Sleep habits, sleep quality, and use of sleeping pills: A population study of 31140 adults in Finland. En: C. Guilleminault, E. Lugaresi (Eds). *Sleep/wake Disorders: Natural History, Epidemiology and Long-Term Evolution*. Raven Press, Nueva York, 1983.
 23. QUERA-SALVA M A, ORLUC A, GOLDENBERG F, GUILLEMINAULT C: Insomnia and use of hypnotics: Study of a French population. *Sleep*, 14:386-391, 1991.
 24. RAMIREZ-GOMEZ R: El ronquido: *Neumología y Cirugía de Tórax*. 51:15-19, 1992.
 25. RECHTSCHAFFEN A, KALES A: A manual of standardized terminology techniques and scoring for sleep stages for human subjects. National Institute of Health. US Government, Printing Office, Washington, 1968.
 26. SIEGEL S: *Estadística no Paramétrica: Aplicada a las Ciencias de la Conducta*. Trillas, Mexico, 1972.
 27. SOLOMON F, WHILE C C, DARRON D L, MENDELSON W B: Sleeping pills, insomnia and medical practice. *N Eng J Med*, 300:803-808, 1980.
 28. SPIELMAN A J: Assessment of insomnia. *Clin Psychol Rev*, 6:11-25, 1986.
 29. TELLEZ A: Psicofisiología del insomnio: diagnóstico y tratamiento. Tesis de Licenciatura, UANL, 1985.
 30. TELLEZ A, GALARZA J, GOMEZ P, GUTIERREZ F: Alteraciones del dormir en estudiantes de psicología. Resúmenes de las comunicaciones del II Coloquio Regional de Análisis de la Conducta, Cd. Obregon Sonora, 1987.
 31. THORBY J, KARACAN I, SEARLE R, SALIS P, WARE C, WILLIAMS R: Subjective reports of sleep disturbances in a Houston Metropolitan Health Survey. *Sleep Res*, 6:180, 1977.
 32. TURNER R, ASCHER L M: A within subject analysis of stimulus control therapy with severe sleep-onset insomnia. *Behav Res Ther*, 17:107-112, 1979.
 33. WELSTEIN L, DEMENT W C, REDINGTON D, GUILLEMINAULT C, MILTER M M: Insomnia in the San Francisco bay area: a telephone survey. En: C Guilleminault, E. Lugaresi (Eds.). *Sleep-Wake Disorders: Natural History, Epidemiology, and Long-term Evolution*. Raven Press, 73-86, Nueva York, 1983.
 34. WEYERER S, DILLING H: Prevalence and treatment of insomnia in the community: Results from the Upper Bavarian field Study. *Sleep*, 14:392-398, 1991.
 35. ZHANG Q: Investigation on insomnia and use of hypnotics among an adult population. *Chung-Hua-Liu-Hsing-Ping-Hsueh-Tsa-Chih*, 14:23, 1993 (Resumen).