



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

**“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DENTRO DEL ESPECTRO DE
ESQUIZOFRENIA QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE
PSIQUIATRÍA MORELOS”**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA

**DR. AGUSTÍN BELTRÁN LÓPEZ
RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA**

**DRA. SILVIA ARACELY TAFOYA RAMOS
ASESOR TEÓRICO Y METODOLÓGICO**

FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO	6
Trastornos dentro del Espectro de Esquizofrenia.....	6
Trastornos del sueño y su relación con el espectro de Esquizofrenia.....	6
Susceptibilidad del Espectro de Esquizofrenia para trastornos del sueño	8
Cambios polisomnográficos en pacientes con esquizofrenia	9
Calidad de vida y calidad de sueño.....	9
Calidad de vida.....	9
Calidad de sueño	10
Calidad de sueño y calidad de vida en pacientes dentro del espectro de esquizofrenia.....	10
ANTECEDENTES	13
JUSTIFICACIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPOTESIS.....	17
Pregunta de investigación	17
Hipótesis.....	17
OBJETIVOS.....	18
General.....	18
Específicos	18
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO..	19
Dependiente	19
Independiente.....	20
Intervinientes/confusoras.....	21
MATERIAL Y MÉTODOS	22
Diseño del estudio.....	22
Población de estudio	22

Lugar de estudio.....	22
Tiempo de estudio.....	22
Técnica muestral.....	22
Cálculo del tamaño de la muestra.....	23
Criterios de selección.....	24
Criterios de inclusión.....	24
Criterios de no inclusión.....	24
Criterios de eliminación.....	24
Instrumentos y procedimientos para la recolección de información.....	25
Instrumentos para la evaluación.....	25
Procedimiento.....	26
Análisis estadístico.....	27
Consideraciones éticas del estudio.....	28
RESULTADOS.....	29
DISCUSION.....	33
CONCLUSIONES.....	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS.....	42
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	42
ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS..	44
ANEXO 3. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH.....	45
ANEXO 4. CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.	49

“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DENTRO DEL ESPECTRO DE ESQUIZOFRENIA QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS.”

RESUMEN

Introducción

El espectro de la Esquizofrenia supone un problema importante de salud pública debido a su gravedad, su carácter crónico y la discapacidad que produce. Las personas con Esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que la población en general, esto relacionado con su mala calidad de vida. En la esquizofrenia se han reportado del 30-80% de pacientes con alteraciones del sueño, siendo el más frecuente el insomnio, evidenciándose en múltiples estudios una mala calidad de sueño y siendo asociada a una mala calidad de vida. Razón por la que se decidió realizar este estudio, para obtener mayor evidencia empírica y cuantificar la asociación entre calidad de vida y calidad de sueño en esta población de estudio en pacientes del Hospital de Psiquiatría Morelos

Objetivo

Determinar la relación entre calidad de sueño y calidad de vida en pacientes diagnosticados dentro del espectro de Esquizofrenia que acuden al servicio de clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, en pacientes de 18 a 65 años, que acudieron a citas de seguimiento o primera vez en la clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México. Los participantes contestaron 2 instrumentos que llevan por nombre “Índice de calidad de sueño de Pittsburgh” y “cuestionario breve de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud” con el cual se pretendió identificar la relación entre calidad de sueño y calidad de vida, llevado a cabo del 01 de junio del 2022 al 15 de julio del 2022. El análisis estadístico se elaboró mediante desviación estándar para calidad de sueño (buena y mala calidad de sueño), mediante frecuencias y porcentajes, así como con el promedio del puntaje total de la muestra. La descripción de la calidad de vida (puntaje) se realizó mediante medias y desviaciones estándar. Para evaluar si las características sociodemográficas y clínicas de los participantes se asociaban a la calidad de vida, se ejecutaron pruebas de asociación (de acuerdo con el nivel de medición de la variable). Para determinar la relación entre calidad de sueño y

calidad de vida de los participantes se realizó una correlación de Pearson o Spearman, de acuerdo con el tipo de distribución de la variable.

Resultados

En el presente estudio se incluyeron un total de 66 participantes. La media de edad fue de 38.6, la mayoría hombres (64%), solteros (50%). Se observó una correlación significativa entre una mala calidad de sueño y una peor calidad de vida ($r=-0.78$, $p < 0.001$). Posteriormente, con el fin de controlar las características de los sujetos que podrían intervenir en la calidad de vida, se hizo un análisis de regresión lineal múltiple en el que se observó que la calidad de sueño se mantuvo significativamente asociada a la calidad de vida (R ajustada = 0.64, $F=13.74$, $p < 0.0001$).

Conclusiones

Este estudio evidencia la alta relación que tiene la calidad de sueño a la calidad de vida de los pacientes dentro del Espectro de Esquizofrenia, por lo que es necesario efectuar una exploración más profunda y detallada de los factores que perjudican un buen dormir, ya que existen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que aumentan los trastornos del dormir y que promueven una mala calidad de sueño, afectando a su vez a la calidad de vida de nuestros pacientes.

Palabras clave

Espectro de Esquizofrenia, Esquizofrenia, calidad de sueño, calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

Trastornos dentro del Espectro de Esquizofrenia

Aunque se habla de la esquizofrenia como si fuera una sola enfermedad, probablemente comprende un grupo de trastornos con etiologías heterogéneas, y esto incluye a pacientes cuyas presentaciones clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la enfermedad son distintos. La expresión de estas manifestaciones es diferente en cada paciente y varía con el tiempo, pero el efecto de la enfermedad siempre es grave y, normalmente, prolongado. La esquizofrenia es uno de los trastornos mentales graves más habituales, pero la esencia de su naturaleza sigue sin estar dilucidada; es por ello que en ocasiones se la define como un síndrome, como un grupo de esquizofrenias o, según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), como el espectro de la esquizofrenia. (1)

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) se incluyen dentro del Espectro de la esquizofrenia a la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizofreniforme, trastorno psicótico breve y el trastorno esquizotípico de la personalidad, así como otros trastornos psicóticos incluyendo el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos o debido a otra afección médica. Estos trastornos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos. (2).

Trastornos del sueño y su relación con el espectro de Esquizofrenia

En la actualidad se observa y se sabe qué pacientes con esquizofrenia a menudo duermen peor que los individuos sanos, se estudió que hay asociación entre el uso de antipsicóticos atípicos con la mejoría en los parámetros de calidad del sueño, relacionado con un aumento de la eficiencia del sueño; sin embargo, se ha evidenciado que pacientes clínicamente estables y medicados tienden a mantener los trastornos del sueño; estos pueden ser de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente, y puede afectar negativamente la calidad de vida del paciente. (3)

Una mala calidad de sueño tendría consecuencias que se hacen evidentes en nuestro organismo en aspectos tan básicos como: fluctuaciones en el estado de ánimo (cambios repentinos de humor), aumento de la irritabilidad, disminución de la capacidad de atención y concentración, mayor pesimismo, aumento de fatigabilidad psíquica y física, aumento de estrés y ansiedad.

La mala calidad de sueño en los pacientes con esquizofrenia alteraría aún más las relaciones sociales, familiares y laborales, siendo un factor de riesgo para que los pacientes tengan mala calidad de vida, además pueden tener recaídas, sintomatología más acentuada y deterioro de la enfermedad. (4)

Los principales trastornos mencionados en pacientes esquizofrénicos son el insomnio, el síndrome de piernas inquietas, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipersomnia, las parasomnias y los trastornos del ritmo circadiano, que afectan de forma relevante en la sintomatología y fisiopatología del Espectro de Esquizofrenia. Se destaca de manera particular el insomnio, ya que puede ser un signo prodrómico de la enfermedad, así como un signo de alarma temprana de una descompensación psicótica incipiente. (5)

Los trastornos del sueño se producen con relevante frecuencia en la fase prodrómica de la esquizofrenia, precediendo normalmente a la exacerbación psicótica, lo que muestra su clara relación con la fisiopatología de la enfermedad. Tanto es así que el deterioro abrupto y pronunciado del ciclo sueño-vigilia de un paciente con esquizofrenia sirve normalmente como un signo temprano de alerta de una inminente descompensación psicótica. Además, una buena recuperación clínica del episodio psicótico suele estar asociada con la normalización del sueño y sus procesos de restauración. Estas alteraciones del sueño ocurren tanto en personas con tratamiento antipsicótico activo como en los no tratados. Se sabe que los psicofármacos antipsicóticos pueden alterar la estructura del sueño, pero también tienen un papel importante en el tratamiento de las alteraciones del sueño en la esquizofrenia. Han demostrado una mejoría clínica del insomnio y la corrección polisomnográfica de las alteraciones de la arquitectura del sueño, mejorando la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes. Sin embargo, pueden también exacerbar otros trastornos comórbidos del sueño, como el síndrome de piernas inquietas o el síndrome de apnea obstructiva del sueño, o provocar hipersomnia u obesidad. (5)

En el DSM-5 el insomnio se codifica como un trastorno independiente, lo que demuestra la importancia recientemente reconocida a este trastorno y a su tratamiento. El insomnio es la alteración del sueño más reportada en esquizofrenia. (5) A pesar del tratamiento con antipsicóticos, muchos pacientes (16-30%) refieren

insomnio persistente. Otra fuente de insomnio en pacientes con esquizofrenia tratada con antipsicóticos son el síndrome de piernas inquietas y el síndrome de movimientos periódicos de las piernas, el grupo de psicofármacos antipsicóticos por sus efectos de bloqueo de receptores D2, pueden contribuir a producirlos como uno de sus efectos adversos. (5)

El Síndrome de la Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es una enfermedad secundaria a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño, lo que produce micro despertares y desestructuración de la arquitectura del sueño. El SAOS puede ser una causa de hipersomnias diurnas en pacientes con Esquizofrenia afectando su calidad de vida y su funcionalidad. A diferencia del insomnio, la hipersomnia es el trastorno del sueño más reportado en pacientes con esquizofrenia tratada con antipsicóticos (AP) con antecedente de SAOS. Entre el 24 y el 31% de pacientes esquizofrénicos tienen somnolencia diurna. Esta somnolencia puede ser un efecto adverso directo de la medicación antipsicótica, provocando cambios importantes en su funcionalidad, afectando de esta forma su calidad de vida. (5)

Las parasomnias, como el sonambulismo o los trastornos de la alimentación relacionados con el sueño, se producen en contexto de un despertar parcial durante la fase de ondas lentas. Los pacientes con esquizofrenia pueden presentar riesgo de desarrollarlas si reciben un medicamento antipsicótico que aumente la fase de ondas lentas, como olanzapina o la asociación de litio a un antipsicótico. Los trastornos del ritmo circadiano son los trastornos del sueño más descritos en la esquizofrenia y afectan el día a día de casi la mitad de los pacientes con este diagnóstico, deteriorando su funcionalidad social y laboral. Dentro de estos trastornos se incluyen alteraciones en el ciclo de la melatonina y en el ciclo sueño-vigilia y una mayor propensión al sueño durante el día. (5)

Susceptibilidad del Espectro de Esquizofrenia para trastornos del sueño

En relación con la hipótesis glutamatérgica se menciona que los receptores NMDA, específicamente en las proyecciones cortico-encefálicas, podrían ser hipo activos en la Esquizofrenia, resultando en una hiperactividad dopaminérgica mesolímbica con aparición de sintomatología positiva, asimismo, se observó que cuando los receptores NMDA son hipo-funcionales debido a la acción del antagonista fenciclidina, aparecían síntomas negativos, cognitivos y afectivos típicos de la Esquizofrenia.

Estos cambios también incluyen al patrón de sueño, ya que en múltiples estudios relacionan las vías cortico-tronco-encefálicas con la correcta regulación del sueño, por la presencia de los núcleos cerebrales relacionados, como el núcleo colinérgico en la unión del puente y cerebro medio, núcleo locus coeruleus, núcleo del rafe y el núcleo tuberomamilar, así como sus respectivos neurotransmisores involucrados, acetilcolina, noradrenalina, serotonina y las orexinas que dependiendo la etapa del sueño o estado de alerta pueden estar aumentadas o disminuidas, alterándose en el Espectro de Esquizofrenia, volviéndolos susceptibles para trastornos del sueño como el insomnio, hipersomnia, etcétera. (6, 7)

Cambios polisomnográficos en pacientes con esquizofrenia

Estudios polisomnográficos a través de los años también han evidenciado que en pacientes esquizofrénicos existen diversas alteraciones de la arquitectura del sueño, incluyendo una disminución del tiempo total de sueño y de su eficiencia, disminución de hasta el 50% del sueño de ondas lentas, con reducción de amplitud de ondas delta, con elevación anormal de husos de sueño en el primer periodo NREM, acortamiento en latencia del sueño REM, así como un incremento de la latencia de sueño en comparación con los controles. (7)

Calidad de vida y calidad de sueño

Calidad de vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales. La aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a generalizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en diferentes ámbitos, como son: la salud, salud mental, educación, economía, política y el mundo de los servicios en general. La meta de la atención en salud se está orientando no solo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. (8)

A partir de un enfoque global, de manera más reciente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “las percepciones individuales de una persona, de su posición en la vida, en el contexto de su cultura, del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas

y preocupaciones". Este concepto abarca distintos aspectos a tomar en cuenta, como la salud física, la salud mental, el nivel de independencia, las relaciones sociales y el ambiente a partir de la autopercepción del individuo. (9)

Calidad de sueño

El sueño es un proceso complejo que involucra múltiples sistemas, es una función fisiológica indispensable para la vida, fundamental para garantizar el bienestar físico y emocional del individuo, así como la armonía con su medio externo. Se ha visto que los efectos del dormir bien no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica y la salud), sino que influyen en el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad, afectando el rendimiento laboral o escolar, el bienestar psicosocial y la seguridad vial, entre otras. (10)

Dentro de los factores que se pueden ver afectados por la disminución de las horas de sueño se encuentra la calidad del sueño, la cual no solo se refiere al hecho de dormir bien durante la noche, sino que incluye también un buen funcionamiento diurno. La calidad de sueño implica uno de los aspectos clínicos más extendido y menos comprendido, por lo que es necesario conocer de manera más precisa la incidencia y los factores que la puedan estar determinando. Durante una investigación llevada a cabo en Buenos Aires, San Pablo y México D.F. por Blanco *et al.* durante el año 2004, se reveló que las alteraciones del sueño en Latinoamérica son similares a las de otros países y que afectan a todos los grupos de edad, sin diferencias de género. (10)

La definición de calidad de sueño de Sierra, Domínguez, Oliva y Rivera de 2007 lo refieren como el hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día. No solamente es importante como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida.

Calidad de sueño y calidad de vida en pacientes dentro del espectro de esquizofrenia

Aunque no existe consenso sobre la definición de calidad de vida, dimensiones como la satisfacción subjetiva y el bienestar físico y psicológico constituyen factores esenciales en la mayoría de estas definiciones. Uno de los factores que más contribuyen a alcanzar este estado de bienestar físico y psicológico es el sueño. El

sueño es una función biológica fundamental, basta solo recordar que pasamos durmiendo aproximadamente un tercio de nuestra existencia. (11)

El sueño es esencial en nuestras vidas y no solo por la cantidad de tiempo que dedicamos a dormir, sino también por la significación que atribuimos a una noche de descanso y el efecto que el sueño tiene en nuestra salud. La privación de un sueño adecuado y reparador tiene un impacto negativo en las estrategias de rehabilitación, la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y puede contribuir al empeoramiento de los déficits cognitivos. Cada vez se demuestra con mayor fuerza empírica que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. (11, 12)

Se ha estudiado la influencia de diversas modificaciones en la cantidad, en la calidad o en el momento del sueño en la salud física y mental. Algunas de estas modificaciones, como el dormir en un momento distinto del nocturno, terminan produciendo a largo plazo problemas de salud. (11)

Lo anterior nos brinda una idea de la importancia que tiene una adecuada calidad del sueño en pacientes dentro del espectro de la Esquizofrenia.

Mediante Polisomnografía (PSG) y evaluaciones subjetivas de la calidad del sueño se ha objetivado el aumento de la latencia del sueño, los despertares durante el sueño, la inversión del ciclo sueño-vigilia, así como la reducción de la eficiencia del sueño en la esquizofrenia. Esta disminución de la calidad del sueño se ha relacionado con menor calidad de vida y escasas habilidades de afrontamiento vital, además de síntomas positivos más claros, alteraciones inmunológicas y disminución de capacidades cognitivas y memoria de consolidación. (12)

Un estudio reciente ha demostrado que el insomnio crónico en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos dentro de este espectro, se asocia a mayor número de intentos de suicidio, así como a peor calidad de vida reportada por parte de los cuidadores de estos pacientes. De igual manera, se ha documentado que el insomnio y la privación crónica del sueño influyen en la fisiopatología y la gravedad de la enfermedad. (13)

Con lo anterior queda de manifiesto, la importante comorbilidad y prevalencia de los trastornos del sueño en el espectro de esquizofrenia, los cuales se traducen en una baja calidad de sueño. En diferentes estudios de investigación se ha demostrado la relación entre la mala calidad del sueño y la reducción de la calidad de vida de los pacientes dentro de este espectro. Por lo tanto, la prevención, cribado, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones del sueño deberían ser incorporados a la atención clínica habitual en pacientes dentro del espectro de esquizofrenia.

En cambio, en otra investigación se relacionó la mejoría clínica, funcional y la capacidad de afrontamiento de los pacientes con el buen manejo de los trastornos del sueño, destacando la importancia de reconocerlos y tratarlos adecuadamente.

El uso de antipsicóticos atípicos como la Clozapina, Olanzapina y Risperidona mejoran significativamente el tiempo total de sueño a expensas de un aumento del estadio 2, además, se ha visto que la Olanzapina y Risperidona pueden aumentar el sueño de ondas lentas. (14)

Por esta razón se deberían desarrollar estrategias que permitan la detección y el tratamiento precoz de los trastornos del sueño en pacientes que se encuentren dentro del Espectro de Esquizofrenia.

ANTECEDENTES

Se realizó un estudio en Singapur en 2020 que buscaba asociación entre calidad de sueño y calidad de vida en primer episodio psicótico; se examinó el sueño, el tabaquismo y el consumo de alcohol entre pacientes con primer episodio psicótico (PEP) que estaban inscritos en el Programa de Intervención Temprana en Psicosis (EPIP). Se utilizó el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) para examinar la calidad del sueño y el cuestionario breve de calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF) para examinar la calidad de vida y sus 4 dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Entre los 280 reclutados, el 62,9% sufría de mala calidad del sueño. La mala calidad del sueño se asoció a puntuaciones significativamente más bajas en todos los dominios de la calidad de vida, a pesar de controlar las variables sociodemográficas y clínicas. Los hallazgos destacan la importancia de monitorear la calidad del sueño entre los pacientes con PEP para mejorar su calidad de vida. (15)

Se realizó una investigación en Corea en 2018 cuyo objetivo fue abordar la calidad del sueño en pacientes con artritis reumatoide (AR) y determinar cómo afecta la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la función cognitiva. Participaron 123 pacientes con AR y 76 controles sanos. La calidad del sueño se evaluó mediante la versión coreana del índice de calidad del sueño de Pittsburgh. La función cognitiva con MoCA-K y la CVRS se evaluó mediante una encuesta de salud (SF-36). Los hallazgos de este estudio sugirieron que la mala calidad del sueño es un factor de riesgo independiente de baja calidad de vida relacionada con la salud y disfunción cognitiva. Los esfuerzos para mejorar la calidad del sueño de los pacientes con AR parecen ser un aspecto importante del tratamiento integrador para la AR. (16)

En Irán, un estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en pacientes con T. bipolar, ya que los trastornos del sueño son uno de los síntomas más clásicos en estos pacientes y afectan de manera significativa su calidad de vida. Se seleccionaron 180 pacientes con trastorno bipolar I en un Centro Psiquiátrico de Irán en 2017. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Sueño de Pittsburgh y el Cuestionario Breve de Calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF). Los resultados indicaron que el 41.1% y el 54.4% de los pacientes con trastorno bipolar tipo I experimentaron un bajo nivel de calidad de sueño y calidad de vida, respectivamente. Se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la calidad del sueño y la calidad de vida que indica que la baja calidad del sueño tiene un impacto negativo en la calidad de vida de estos pacientes. En sus conclusiones sugieren que se diseñen e

implementen intervenciones de tratamiento y atención para mejorar la calidad del sueño y la calidad de vida de los pacientes. (17)

Son pocos los estudios que buscan la asociación de la calidad de sueño con la calidad de vida, sobre todo en pacientes con esquizofrenia, en quienes es importante apoyar aquellos aspectos que puedan favorecer su mejoría.

JUSTIFICACIÓN

El Espectro de la Esquizofrenia supone un problema importante de salud pública debido a su gravedad, su carácter crónico y a la discapacidad que produce. La esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que la población en general, esto con relación a su mala calidad de vida. (OMS 2019)

Son frecuentes en esquizofrenia las alteraciones del sueño (aproximadamente del 30-80%). A pesar del tratamiento con antipsicóticos, del 16-30% de los pacientes esquizofrénicos refirieron insomnio persistente. Entre el 24 y el 31% de pacientes esquizofrénicos reportaron somnolencia diurna. Durante la fase de la enfermedad, en la que predominan los síntomas positivos y la agitación, aparecen períodos de disminución de sueño, y al desaparecer la agitación se establece el insomnio. El ciclo de sueño-vigilia puede invertirse totalmente, por lo que constituye una queja común entre los pacientes con esquizofrenia. (4, 5, 18, 19, 20, 21, 22)

El insomnio crónico en pacientes con esquizofrenia y otros trastornos dentro de este espectro, se asocia a mayor número de intentos de suicidio, así como a peor calidad de vida reportada por parte de los cuidadores de estos pacientes. De igual manera, se ha documentado que los trastornos del sueño provocan mala calidad del sueño influyendo en la fisiopatología y gravedad del trastorno. Esta disminución de la calidad del sueño se ha relacionado con menor calidad de vida y escasas habilidades de afrontamiento vital, además de síntomas positivos más claros, alteraciones inmunológicas, peor adherencia al tratamiento farmacológico y disminución de capacidades cognitivas y memoria de consolidación. (12, 13, 14)

Sin embargo, no existen suficientes estudios centrados en determinar la calidad de sueño y su correlación con la calidad de vida en pacientes dentro del Espectro de la Esquizofrenia. Por esta razón es fundamental identificar de forma cuantitativa la asociación entre calidad de sueño y calidad de vida en esta población de estudio, para brindar un adecuado manejo médico, mejorando el enfoque de los tratamientos a estas áreas, evitando posibles recaídas y exacerbación de su sintomatología, ayudando a los pacientes a percibir mejoría en su calidad de vida.

A nivel teórico, el estudio nos aportará información respecto a la relación entre estas dos variables (calidad de vida, calidad de sueño), no solo incluyendo a la esquizofrenia, que es el trastorno más estudiado de este Espectro, también servirá para estudiar calidad de vida, calidad de sueño y su correlación, en otros trastornos del espectro. Esta investigación es viable, pues se requiere bajo nivel de recursos económicos por ser un estudio observacional y transversal y el hospital donde se realizará la investigación cuenta con recursos humanos y de fuente de información necesarios para llevarlo a cabo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe actualmente que para hablar de calidad de vida es necesario incluir un conjunto de factores que brindan bienestar a una persona, siendo una serie de condiciones de las que debe gozar un individuo para poder satisfacer sus necesidades, de modo que no solo sobreviva, sino que viva con comodidad. Incluyendo bienestar físico, social, emocional, personal y material. Un factor importante para mantener un bienestar físico y emocional es la calidad de sueño. Se han asociado de manera frecuente en diferentes investigaciones las alteraciones del sueño con trastornos del espectro de la esquizofrenia, relacionando estos trastornos a una mala calidad de sueño. (13)

En pacientes con esquizofrenia, la mala calidad de sueño se ha asociado a mayor riesgo suicida (principal causa de muerte prematura), escasas habilidades de afrontamiento vital, afectando aún más sus relaciones sociales, familiares y laborales, sintomatología más acentuada, con síntomas positivos más claros, recaídas, alteraciones inmunológicas, mal apego psicofarmacológico, con deterioro de la enfermedad, provocando disminución de capacidades cognitivas y memoria de consolidación, siendo estos, factores de riesgo para que los pacientes tengan mala calidad de vida (4, 12, 13).

Una queja frecuente de pacientes que acuden al servicio de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos es relacionada con su calidad de sueño, lo que conlleva un deterioro de su bienestar físico y psicológico, provocándoles un malestar subjetivo y perturbando su calidad de vida. Dada la gran demanda de pacientes dentro del espectro de la esquizofrenia que se manejan en la Unidad, es necesario que los médicos estemos conscientes de la importancia de la relación entre calidad de sueño y calidad de vida en esta población de riesgo, y así mejorar la atención clínica y la intervención sobre las alteraciones del sueño que deterioran la calidad de sueño.

La relevancia del problema es que la calidad de sueño y calidad de vida en pacientes dentro del espectro de esquizofrenia se ha estudiado muy poco. Se realizó una revisión en las plataformas *PubMed*, *Elsevier*, *Psycinfo*, *Google Scholar* y *PMC* (biblioteca nacional de Medicina de EE. UU), identificando investigaciones enfocadas en calidad de vida o en calidad de sueño de pacientes esquizofrénicos, sin encontrar estudios que correlacionen estas 2 variables en pacientes dentro del Espectro. Por lo tanto, este estudio servirá para obtener mayor evidencia empírica y cuantificar la asociación entre calidad de vida y calidad de sueño en esta población de estudio.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPOTESIS

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la calidad de sueño y la calidad de vida en pacientes dentro del espectro de esquizofrenia que acuden al servicio de Clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos?

Hipótesis

A mayor calidad de sueño existirá una mejor calidad de vida en pacientes diagnosticados dentro del espectro de esquizofrenia que acuden al servicio de Clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

OBJETIVOS

General

Determinar la relación entre calidad de sueño y calidad de vida en pacientes diagnosticados dentro del espectro de Esquizofrenia que acuden al servicio de clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Específicos

Describir la calidad de sueño en pacientes diagnosticados dentro del Espectro de Esquizofrenia que acuden al servicio de Clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Describir la calidad de vida en pacientes diagnosticados dentro del espectro de Esquizofrenia que acuden al servicio de Clínica de esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

Evaluar si las características sociodemográficas y clínicas se asocian a la calidad de vida de pacientes diagnosticados dentro del espectro de Esquizofrenia que acuden al servicio de Clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Variables	Definición		Nivel de medición e indicadores	Fuente de información
	Conceptual	Operacional		
Dependiente				
Calidad de vida (general y por dominio)	Se refiere a las percepciones individuales de una persona, de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y preocupaciones (11). Es la Sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social (33)	Resultados obtenidos del instrumento de evaluación de la calidad de vida de la OMS (WHOQOL-BREF). El instrumento proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida total y puntajes para cada dominio (físico, psicológico, relaciones sociales y entorno).	Cuantitativa <ul style="list-style-type: none"> Puntuaciones (0 a 100), en la que a mayor puntaje mejor es la calidad de vida 	WHOQOL-BREF

Independiente				
Calidad de sueño	Hecho de dormir bien durante la noche, teniendo un adecuado funcionamiento diurno (Sierra, 2006).	Se definirá con los resultados obtenidos en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg.	Cuantitativa: puntaje de PSQI 0-21 puntos Cualitativa: buena o mala calidad del sueño	PSQI

Variables Intervinientes/confusoras	Nivel de medición e indicadores	Fuente de información
Intervinientes/confusoras		
Sexo	Cualitativa nominal Hombre Mujer	Expediente
Edad	Cuantitativa Años: 18 a 65	Paciente/ Expediente
Escolaridad	Cualitativa ordinal Primaria Secundaria Bachillerato/Carrera técnica Licenciatura o superior	Paciente/ Expediente
Recursos	Cualitativa ordinal Muy limitados Limitados Suficientes Más que suficientes	Paciente
Tipo de diagnóstico	Cualitativa nominal	Expediente
Tipo de antipsicótico recibido	Cualitativa nominal Típico Atípico	Paciente/Expediente
Tiempo de evolución de la enfermedad	Cuantitativa Meses	Expediente
Tiempo desde su última hospitalización (recaída)	Cuantitativa Meses	Expediente/Paciente

MATERIAL Y METÓDOS

Diseño del estudio

Transversal, observacional y descriptivo.

Población de estudio

La muestra está constituida por aquellos pacientes con diagnóstico dentro del espectro de Esquizofrenia que acuden a consulta al servicio de Esquizofrenia de la UMCAE Hospital de Psiquiatría Morelos, que deseen participar en el estudio y que cumplan con los criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación).

Lugar de estudio

Hospital de Psiquiatría Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México.

Tiempo de estudio

Se realizó a partir de 01 junio al 15 de Julio 2022.

Técnica muestral

Encuesta.

Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó con el programa EPIDAT 4.2 con la fórmula para intervalos de confianza de una proporción, considerando un total de 82 pacientes que reciben atención en el servicio por año (enero 2021 a diciembre 2021). La proporción esperada de alteraciones del sueño en pacientes con algún trastorno dentro del espectro de la esquizofrenia es de al menos de 30% de acuerdo con lo reportado por Anmella et al. (2017). El cálculo se realizó con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 5%, que señaló una muestra mínima de $n = 66$.

Fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq} = \frac{NZ^2pq}{d^2N - 1 + Z^2pq}$$

Valores de referencia:

Prevalencia: 30%

Precisión (d): 5%

Nivel de confianza ($1-\alpha$): 95%, $Z = 1.96$

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Tener entre 18 y 65 años.
- Ser derechohabiente del Hospital de Psiquiatría Morelos IMSS.
- Contar con diagnóstico del Espectro de Esquizofrenia.
- Aceptar participar en el estudio voluntariamente.
- Que firmen el consentimiento informado.
- Que estén bajo tratamiento psicofarmacológico con antipsicótico.
- Saber leer y escribir.

Criterios de no inclusión

- Pacientes con diagnóstico discapacidad intelectual moderada-grave
- Pacientes con diagnóstico trastorno neurocognitivo.
- Pacientes con dolor crónico.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos

Instrumentos y procedimientos para la recolección de información

Instrumentos de evaluación

Se utilizaron dos escalas, ambas validadas en México el “Índice de calidad de sueño de Pittsburgh” y el “Cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud breve” aplicándose del 01 junio 2022 al 15 de Julio 2022, para ver la relación entre las 2 variables a estudiar (calidad de sueño y calidad de vida).

La escala de calidad de sueño consta de 19 ítems, será impreso, Se encuentra dividido en 2 secciones, el primero consta de 4 preguntas abiertas que se contestan de forma concreta y el resto son preguntas de opción múltiple donde el participante deberá subrayar la respuesta de su elección.

Para determinar la puntuación de las preguntas proporciona una puntuación global de la calidad del sueño y puntuaciones parciales en 7 distintos componentes. La puntuación global tiene un rango de 0 a 21 y un puntaje mayor a 5 indica que el participante tiene mala calidad de sueño calificándolo como mal durmiente.

Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación de 0 indica que no existen problemas en ese rubro, mientras que 3 indica 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 0-21. (23)

El cuestionario para calidad de vida es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, se centra en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica, validada desde 1990. (24)

Procedimiento

- 1) Se invitó a participar en el estudio a quienes cumplieron los criterios de selección, cuando acudieron a su cita en clínica de Esquizofrenia.
- 2) Se les explicó un poco acerca de la naturaleza del estudio.
- 3) Se les dio a conocer el consentimiento informado, el cual firmaron.
- 4) Se asignó un consultorio exclusivo para la aplicación del cuestionario, el cual fue entregado por el investigador responsable del estudio.
- 5) Se procedió a la aplicación de los instrumentos de evaluación, explicándole al participante su estructura, señalando el tipo de formato de respuesta y el tiempo de llenado aproximado para ambos instrumentos que fue de 1 hora. En todos los casos, se garantizó el anonimato, la confidencialidad, el uso estrictamente académico de la información y la libertad de abandonar el llenado en cualquier momento.
- 6) Los instrumentos fueron identificados como “índice de calidad de sueño de Pittsburgh” y “cuestionario breve de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud”. Fueron aplicados a partir de junio a Julio del 2022, fueron elaborados en Word y la información que se obtuvo fue procesada con un programa informático, para posteriormente realizar el análisis descriptivo.

Análisis estadístico

La descripción de la calidad de sueño (buena y mala calidad de sueño) se realizó mediante frecuencias y porcentajes, así como con el promedio (desviación estándar) del puntaje total de la muestra. La descripción de la calidad de vida (puntaje) se procedió mediante medias y desviaciones estándar. Para determinar la relación entre calidad de sueño y calidad de vida de los participantes se realizó una correlación de Pearson o Spearman, de acuerdo con el tipo de distribución de la variable. Para evaluar si las características sociodemográficas y clínicas, junto con la calidad del sueño, se asociaban a la calidad de vida de los participantes, se ejecutó un análisis de regresión lineal múltiple.

Consideraciones éticas del estudio

La participación de las personas implicadas en esta investigación fue voluntaria, mediante la expresión de su consentimiento informado, al igual se enfatizó que los datos personales obtenidos serían estrictamente de orden confidencial, haciéndose respetar la autodeterminación, integridad, privacidad y beneficencia. El protocolo de investigación se ajustó a los principios plasmados en los siguientes documentos:

- Declaración de Ginebra (1948) y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia (agosto de 1968).
- Declaración de Helsinki; de la Asociación Médica Mundial (1964) y actualizada por la misma asamblea en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 y 2013 en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset West y Edimburgo, respectivamente.
- Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos (título quinto, artículo 100 en sus siete fracciones y artículo 101) y las normas dictadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, ambas vigentes.

Asimismo, el presente estudio cuidó la intimidad y confidencialidad de la información, no puso en riesgo la integridad física, mental o social de los participantes, incluyó sujetos que aceptaron firmar el consentimiento informado; no afectó de manera adversa la salud de los participantes. Acorde al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Título segundo, Capítulo 1, Artículo 17, sección II), el presente estudio se considera una investigación con riesgo mínimo.

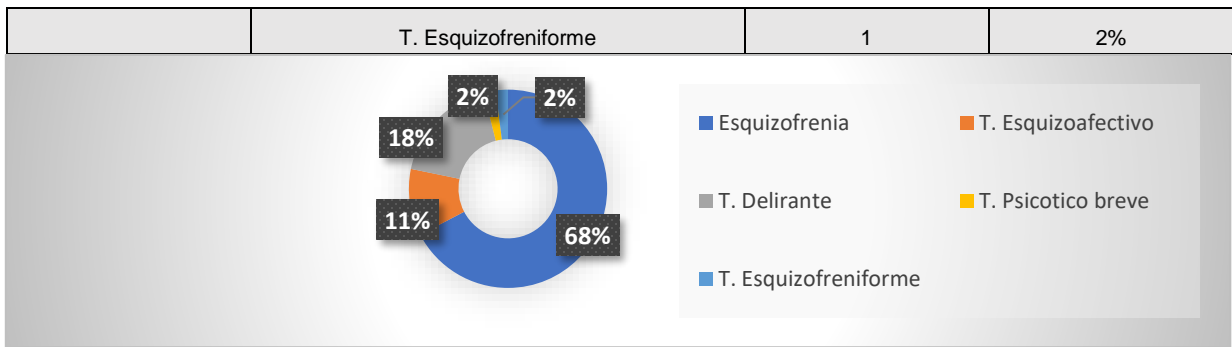
RESULTADOS

Características de la muestra

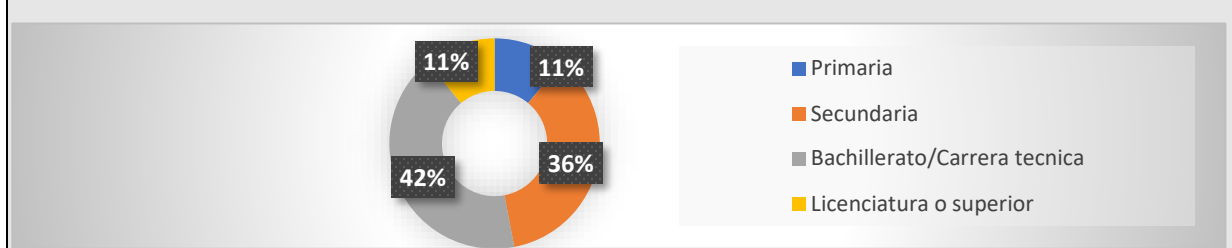
En el presente estudio se incluyeron un total de 66 participantes. En la tabla 1 se muestran sus características sociodemográficas. La media de edad de la muestra fue de 38.6 con 13.4 de desviación estándar, donde el 64% del total fueron hombres, la mayoría se encontraban solteros con un porcentaje elevado del 50%, el nivel de escolaridad más frecuente fue bachillerato/carrera técnica con un 28%. Asimismo, se evidencia que la mayor parte de los participantes contaba con recursos suficientes con un 53%. Se muestra un mayor porcentaje de Esquizofrenia con un 68%. Finalmente, el 59% de los participantes informó el consumo de antipsicótico atípico.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

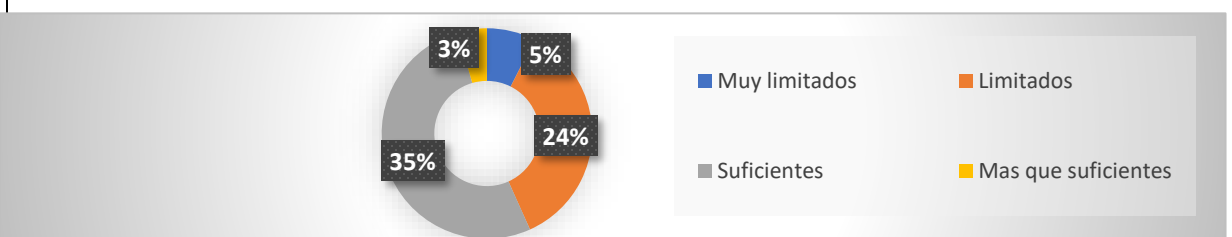
Variables		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	24	36%
	Masculino	42	64%
Estado civil	Soltero (a)	33	50%
	Casado (a)	10	15%
	Viudo (a)	6	9%
	Divorciado (a)	5	8%
	Unión libre	12	18%
Diagnostico	Esquizofrenia	45	68%
	T. Esquizoafectivo	7	11%
	T. Delirante	12	18%
	T. psicótico breve	1	2%



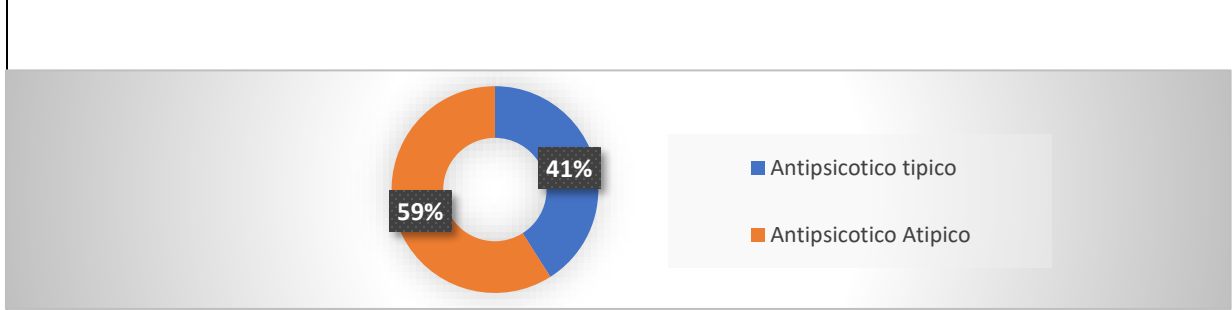
Escolaridad	Primaria	7	11%
	Secundaria	24	36%
	Bachillerato/carrera técnica	28	42%
	Licenciatura o superior	7	11%



Recursos	Muy limitados	5	8%
	Limitados	24	36%
	Suficientes	35	53%
	Más que suficientes	2	3%



Tipo de antipsicótico	Antipsicótico típico	27	41%
	Antipsicótico atípico	39	59%



Variables	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
Edad	18.0	64.0	38.6	13.4
Tiempo de última recaída en meses	0.5	38.0	8.0	8.6
Tiempo de evolución en meses	0.5	432.0	157.5	116.4
PSQI	3.0	19.0	9.8	4.2
WHOQOL-B	59.0	98.0	77.7	8.9

Respecto a las características clínicas, se consideró necesario controlar la variable confusora “tiempo de última recaída en meses” identificando una mínima de 0.5 meses y una máxima de 38, siendo 8 meses la media de meses que llevaban los pacientes desde su última recaída, con una desviación estándar de 8.6. También se tomaron en cuenta el total de meses desde el inicio de su diagnóstico, siendo la mínima 0.5 meses (15 días) y la máxima 432 (36 años), siendo la media de 157.5 meses, con 116.4 de desviación estándar. El instrumento de evaluación de “calidad de sueño” dio como resultado una puntuación mínima de 3 puntos y una máxima de 19, manejando una media de 9.8, con una desviación estándar de 4.2. Asimismo, el instrumento de evaluación de “calidad de vida” dio como resultado un mínimo de 59 puntos y un máximo de 98, manejando una media de 77.7 con desviación estándar de 8.9. Tabla 1.

Correlaciones

Se realizó una correlación entre la calidad de sueño y la calidad de vida, dando como resultado una correlación significativa con una $r=-0.78$, $p < 0.001$ lo que indica una correlación fuerte negativa, es decir que a mayor puntaje en calidad de sueño (peor calidad de sueño) hubo un menor puntaje en calidad de vida (peor calidad de vida).

Posteriormente, con el fin de controlar las características de los sujetos, se ejecutó un análisis de regresión lineal múltiple. Este modelo se centró en la asociación entre calidad de vida y calidad de sueño, controlando las condiciones del sujeto, incluyendo aquí a las variables como edad, sexo, escolaridad, estado civil, tiempo de última recaída en meses, tiempo de evolución en meses y tipo de medicamentos empleados. En la Tabla 2 se muestra el análisis múltiple, el cual fue significativo ($F=13.74$, $p < 0.0001$) y tuvo una R ajustada = 0.64.

Tabla 2. Coeficientes y asociación de cada variable

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	B	Error estándar	Beta		
(Constante)	115.76	7.03		16.47	.000
Sexo	-0.90	1.56	-0.05	-0.58	.566
Edad	-0.09	0.09	-0.14	-1.03	.308
Diagnóstico	1.70	0.78	0.18	2.16	.035
Tiempo de evolución (meses)	-0.01	0.01	-0.13	-1.01	.315
Tiempo de la última recaída (meses)	0.00	0.10	0.00	0.03	.976
Estado civil	-0.65	0.48	-0.11	-1.35	.182
Escolaridad	-2.79	1.08	-0.26	-2.59	.012
Tipo antipsicótico	-4.47	1.66	-0.25	-2.69	.009
PSQI	-1.89	0.19	-0.89	-9.71	.000

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre calidad de sueño y calidad de vida en pacientes diagnosticados dentro del espectro de Esquizofrenia que acuden al servicio de clínica de Esquizofrenia del hospital de Psiquiatría Morelos, hipotetizándose que una peor calidad de sueño se asociaría a una peor calidad de vida en estos pacientes, lo cual fue confirmado, pues pese a controlar algunas características sociodemográficas y clínicas de los participantes, la asociación de la calidad de sueño con la calidad de vida, se mantuvo. Este estudio es uno de los pocos que analizan este tipo de asociación en población con un trastorno del espectro de la esquizofrenia.

Como hallazgo principal, se observó una correlación significativa entre la calidad de sueño y la calidad de vida, apoyando la hipótesis de que a mejor calidad de sueño existirá una mejor calidad de vida y viceversa. Similar a lo reportado en Corea en 2018, donde se encontró asociación entre calidad de vida y calidad de sueño en pacientes con artritis reumatoide, identificando la mala calidad de sueño como factor independiente de baja calidad de vida. De igual forma, similar a lo reportado en Singapur en 2020, donde se buscó la asociación de estas mismas variables, pero en población con primer episodio psicótico, donde igual a esta ocasión se confirmó la asociación entre calidad de sueño y calidad de vida, confirmando que la mala calidad de sueño se asoció a puntuaciones significativamente más bajas en todos los dominios de calidad de vida. Por último, encontramos que el resultado también fue similar al estudio realizado en Irán, el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre calidad de sueño y calidad de vida, reportando que la mala calidad de sueño tiene un impacto negativo significativo en la calidad de vida. (15, 16, 17)

Asimismo, existen otros factores que pueden repercutir sobre la calidad de vida de los pacientes que tienen un diagnóstico dentro del espectro de la esquizofrenia. Por ejemplo, se ha señalado que el género juega un papel muy importante en la percepción de la salud. A este respecto, un estudio hecho en Chile en 2009 llamado "Estudio Nacional de Personas Mayores", muestra que las mujeres presentan más enfermedades que los hombres durante la adultez mayor. En esta misma línea, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en 2013 en Chile informó que el 64.2% de las mujeres tenía una percepción regular-mala de su salud, en cambio, los hombres tenían el 56.9%. (25) La educación escolar también constituye una herramienta fundamental para una buena proyección de vida, el progreso que alcanza una persona al cursar y titularse eleva el nivel de su calidad de vida, teniendo en cuenta dimensiones socioeconómicas y ambientales dependientes de la escala de valores prevaleciente en la sociedad. (26) otra variable que considero relevante es el tiempo de evolución del paciente, ya que la esquizofrenia es un

trastorno que puede causar múltiples síntomas, siendo estos muy variables, con mayor afectación en las relaciones sociales, en la comunicación, pensamiento y emociones, y se considera que mientras más precoz sea su aparición y mayor tiempo tenga con la enfermedad, peor pronóstico y evolución tendrá este, afectando su funcionalidad y disminuyendo su calidad de vida. (27) Por último, tenemos la variable de última recaída, ya que implica que reaparezcan los síntomas positivos y negativos en el paciente con Esquizofrenia, la cual puede estar relacionada con múltiples causas, pero que conllevan deterioro cognitivo, aumento de posibilidad de reingreso hospitalario, alteración de la evolución de la enfermedad y afectación en la calidad de vida. (28) Por lo que se realizó un análisis múltiple considerando la calidad de vida como variable dependiente, controlando las condiciones de los participantes, el cual evidenció que a pesar de las variables confusoras la asociación de calidad de vida y calidad de sueño sigue siendo significativa, con un resultado válido. Lo cual significa que, entre peor calidad de sueño, habrá peor calidad de vida.

El diagnóstico más frecuente fue esquizofrenia (68%), algo esperado, ya que es el trastorno más prevalente dentro del Espectro de Esquizofrenia con una prevalencia que va del 0.3 hasta el 1% según diferentes autores, también está el factor que influyen en la capacidad de recopilar estadísticas sobre la afección, esto se debe a la complejidad de hacer un diagnóstico, la superposición con otras afecciones psiquiátricas y la cantidad de personas que no son diagnosticadas ni tratadas. (30)

Respecto a las características sociodemográficas de la muestra, la mayoría de los participantes de este estudio fueron hombres (64%), lo que resulta consistente con las evidencias epidemiológicas de otras investigaciones relacionadas con el Espectro de esquizofrenia, donde se evidencia mayor prevalencia de hombres con Esquizofrenia. Esto puede estar explicado por estudios recientes que indican que el inicio de la enfermedad es más frecuente en hombres que en mujeres, además sugieren que las mujeres presentan un mejor funcionamiento en seguimientos de largo plazo, así como un curso más favorable. Asimismo, al utilizar criterios más restrictivos para el diagnóstico de la esquizofrenia, el número de mujeres excluidas de la definición es mayor que el de hombres. (29) Asimismo, otro punto importante es la diferencia en el efecto farmacológico, la mayor parte de los estudios realizados sobre diferencias de respuesta al tratamiento han sido realizados con los antipsicóticos típicos, y proponen que las mujeres requieren dosis más bajas de medicación que los hombres, por lo que puede ser la razón de que exista un mejor control en mujeres y acudan menos al servicio de clínica de esquizofrenia de la unidad. (29)

La edad más frecuente fue de los 20 a los 29 años, con 18 participantes dentro de esta proporción, con un rango de los 18 a los 64 años, una media de 38.6 años, y con una desviación estándar de 13.4. Esto se puede deber a que se encuentran más cerca de la edad de inicio del trastorno (16 a 30 años aproximadamente) aunado a que en este rango de edad son más vulnerables a otras variables, como el consumo de sustancias, pobre apego farmacológico o un bajo nivel de independencia económica, lo que los vuelve vulnerables para recaídas y descontrol clínico y requiriendo con más frecuencia el manejo mensual en clínica de esquizofrenia. (31) El grupo más grande de participantes fue el de solteros (50%), siguiéndole de cerca los que viven en unión libre (18%) y posteriormente los casados (15%). Esto resulta consistente con las evidencias de otras investigaciones relacionadas con esquizofrenia, que mencionan un mayor porcentaje de solteros, asociándolo, además, a que esta población presenta una calidad de vida objetiva inferior a la calidad de vida presentada por sujetos de la población general, esto a su vez asociado a síntomas negativos, positivos y deterioro cognitivo con el paso de los años, detonando en afectación de su funcionalidad en las diferentes áreas de su vida. Las investigaciones han dado información relevante en cuanto al estado civil, ya que se ha asociado un efecto indirecto del estado civil en la calidad de vida objetiva, asociándose a los pacientes que tienen una pareja a una mejor funcionalidad y calidad de vida. (32)

El nivel educativo más frecuente fue el de bachillerato/carrera técnica (42%), seguido de los que cursaron secundaria (36%). La evidencia ha vinculado este grupo de trastornos a una serie de prejuicios sociales que determinan al portador como agresivo, raro, impredecible en su conducta, débil, vago e improductivo, con el que no se puede razonar, crónico y culpable de su trastorno. Esto tiene como consecuencia que el objetivo de alcanzar el estatus de ciudadano de pleno derecho se ve dificultada y en ocasiones impedida, evitando que esta población se desarrolle adecuadamente en el área escolar, laboral o social. (33)

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Entre las fortalezas del estudio se encuentra un tamaño adecuado de muestra y el uso de instrumentos validados que se han utilizado en investigaciones internacionales. Además, es uno de los pocos estudios que relacionan estas dos variables en esta población de estudio, dando pie a que se realicen estudios más amplios y controlados en el Espectro de Esquizofrenia.

Sin embargo, entre las limitaciones se encuentra la naturaleza unicéntrica y una muestra elegida de manera no aleatoria con una población que presenta múltiples variables confusoras, como lo serían otros trastornos psiquiátricos y empleo de otros psicofármacos como moduladores del estado de ánimo, ISRS, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, etc. Otra limitación es el bajo porcentaje de trastornos que se incluyen en el espectro de esquizofrenia como lo son el trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno psicótico breve y trastorno esquizofreniforme, que acuden a clínica de esquizofrenia de la unidad de Psiquiatría Morelos, siendo por mucho (68%) el diagnóstico de esquizofrenia el más prevalente.

Al igual que en la mayoría de los estudios epidemiológicos una limitante es la forma en que se recaban los diagnósticos, en este estudio solamente se realizó detección de los diagnósticos mediante el expediente electrónico y 1 consulta psiquiátrica. Para efectuar el diagnóstico se requieren criterios específicos, permanencia de los síntomas durante un tiempo determinado y deterioro funcional en la vida del paciente, lo que requiere una evaluación integral y más compleja, incluyendo síntomas premórbidos, pero por el tiempo establecido para la consulta no se pudo profundizar en ello.

Por último, se trata de un estudio observacional, sin embargo, puede ser el antecedente para hacer estudios analíticos y longitudinales que nos permitan profundizar en el conocimiento de este grupo de trastornos, incluyendo no solo al diagnóstico de esquizofrenia que es el más estudiado, sino al resto de trastornos dentro de este Espectro y replantear las estrategias de prevención y tratamiento de los factores que perjudican una buena calidad de sueño y a su vez como queda evidenciado en este estudio afecta de manera proporcional la calidad de vida de los pacientes en esta población de estudio.

CONCLUSIONES

La población que llega a la clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México tiene una alta prevalencia de pacientes con una mala calidad de sueño subjetiva y medida de manera objetiva. Este estudio deja en evidencia la alta relación que tiene la calidad de sueño con la calidad de vida en los pacientes dentro del espectro de esquizofrenia, por lo que es necesario realizar una exploración más profunda y detallada de los factores que perjudican un buen dormir, ya que existen factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que aumentan los trastornos del dormir y que promueven una mala calidad de sueño, afectando a su vez a la calidad de vida de nuestros pacientes.

En el futuro se deberán ejecutar estudios analíticos para determinar dichos factores y la manera en que se pueden modificar. Se debe interrogar propositivamente sobre la presencia de estos factores durante nuestra consulta diaria y brindar un manejo acorde a las necesidades de cada persona, lo que contribuirá a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ta Edición. Editorial Médica Panamericana 2014.
2. Sadock, Benjamín J. & Sadock, Virginia A. Kaplan & Sadock. Sinopsis De Psiquiatría, ciencias de la conducta/ Psiquiatría clínica/ 11 Edición, editorial wolters kluwer, capítulo 7 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos.
3. Afonso P, Brissos S, Cañas F. Treatment adherence and quality of sleep in schizophrenia outpatients. Int J Psychiatry Clin Pract. [Internet]. 2014 visitado el 20 junio 2021; 18(1):70-6. Disponible en: http://www.unioviado.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2014/2014_AfonsoTreatment.pdf.
4. Medina O., Sánchez M., Conejo G., Fraguas H. Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. 2007 visitado en junio 2021; 36(4):701–17. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n4/v36n4a09.pdf>.
5. Anmella G., Costanzo M., Rosas M. & Bernardo M. (12 de abril 2017). Sleep disorders in schizophrenia: A review. Psiquiatría Biológica, 24(2): 55-63, 1-6.
6. Carrillo P. & Ramírez J. (Julio 2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. División de Rehabilitación Neurológica. Instituto Nacional de Rehabilitación, Vol. 56, N.o 4, 1-11
7. Saiz J., C. de la Vega D. Sánchez & Sánchez P. (2010). Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. 14/06/22, de Scientific Electronic Library Online Sitio web: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-527420100003000042
8. Montes M. Calidad de vida. Rev Mex Med Física y Rehabil. 2006;18(1):5-6
9. Grupo de la OMS sobre calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Rev Int Desarro Sanit. 1996;17.

10. Fontana, S. Raimondi, W. Rizzo, M. Quality of sleep and selective attention in university students: descriptive cross-sectional study. *Medwave (Revista Biomedica Revisada Por Pares)*. Argentina, [en línea]. 2014. [consultado 28 Junio 2021]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6015>
11. Miró E., Cano-Lozano M. & Buela G. (2005). Sleep and Quality of Life. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 2-8.
12. Afonso P., Viveiros V. & Vinhas T.. (2011). ALTERAÇÕES DO SONO NA ESQUIZOFRENIA. *Acta Med Port*, 24(s4) 799-806, 1-8.
13. Li SX, Lam SP, Zhang J, Yu MW, Chan JW, Chan CS, Espie CA, Freeman D, Mason O, Wing YK. Sleep disturbances and suicide risk in an 8-year longitudinal study of schizophrenia-spectrum disorders. *SLEEP* 2016; 39(6):1275–1282.
14. Afonso P, Brissos S, Cañas F. Treatment adherence and quality of sleep in schizophrenia outpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. [Internet]. 2014 visitado en Junio 2021; 18(1):70-6. <http://https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13651501.2013.845219?scroll=top&needAccess=true>
15. Wei J. O., Xiao W., Shazana S., Satghare P., Cetty L. & Boon T. . (Abril 2020). Association between sleep quality and domains of quality of life amongst patients with first episode psychosis. *health and quality of life outcomes*, 18: 114, pp. 1-9.
16. Seo H. K., Haneul K., Seungju K., SeungIn P., Jung H. K.& Lee J. . (Agosto 2018). Sleep Quality Independently Affects Health-related Quality of Life and Cognitive Function in Korean Female Patients with Rheumatoid Arthritis: a Case-control Study. *Journal of Korean Medical Science*, 33(35): e216, pp.1-10.
17. Shamsaei F., Yadollahifa S. & Sadeghi A. (Junio 2020). Relationship between sleep quality and quality of life in patients with bipolar disorder. *Sleep Science*, 3(1): 65–69., pp. 1-19.
18. Cohrs S. Sleep disturbances in patients with schizophrenia: impact and effect of antipsychotics. *CNS Drugs*. [Internet]. 2011 visitado en junio 2021; 22(11):939-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18840034>.

19. Bobes, J. Garcia, M. Quality of life in schizophrenia. Chichester, UK: Jhon Wiley & Sons Ltd; 2005:153-168.
20. Bobes, J. Gutiérrez, M. Gilbert, J. González M. P. Herraiz, M. L. Calidad de vida y discapacidad en pacientes esquizofrénicos crónicos en tratamiento. *Actas Esp Psiq.* 1999; 27 (4): 229-234.
21. Lopez Salazar F. Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. *Clinica Neuropsiquiatrica.* 2007; 16(14): 65 a 75.
22. Morales N. Tizon J.L. Study of the quality of life of patients in early psychosis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2012; 32 (116), 723-738
23. Jiménez A., Monteverde E., Nenclares A., Esquivel G. & De la Vega P. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. 10-12-2021, de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" Sitio web: https://www.anmm.org.mx/GMM/2008/n6/27_vol_144_n6.pdf
24. Cardona J. & Higuera L. (2014). Applications of a WHO-designed instrument for the quality of life evaluation. 14-12-2021, de Revista Cubana de Salud Pública Sitio web: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n2/175-189>
25. Gallardo-Peralta, L., Córdova Jorquera L., Piña Morán M., & Urrutia Quiroz B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis*, 17(49), 153–175. <https://doi.org/10.4067/s0718-65682018000100153>
26. Mikkelsen C., & Picone N. (2018). *Geografías del presente para construir el mañana: miradas geográficas que contribuyen a leer el presente* (Vol. 123). Centro de Investigaciones Geográficas CIG Instituto de Geografía Historia y Ciencias Sociales IGEHCS Facultad de Ciencias Humanas UNCPBA/CONICET.
27. Guerrero, D., Guerrero, D., Flores V. & Guzmán C., 2022. *Características clínicas y tratamiento farmacológico en la esquizofrenia de inicio en la infancia. Una revisión.* [en línea] <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2657/6033>. Disponi

ble en: <<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2657/6033>> [Consultado el 27 de julio de 2022].

28. Garzón, M. L. (2016). Más allá de la recaída en el paciente con esquizofrenia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13(1), 105-114.

29. Usall J., Csm R., Cornellà & Andreu M. (s/f). *Diferencias de género en la esquizofrenia*. Usal.es. Recuperado el 27 de julio de 2022, de https://sid-inico.usal.es/idocs/F8/ART13402/diferencias_de_genero_en_esquizofrenia.pdf

30. Albala, A. (2022, abril 7). Prevalencia de esquizofrenia. *Psyathome*. <https://psyathome.kryptonsolid.com/prevalencia-de-esquizofrenia/>

31. M. (2021, 27 de diciembre). *Inicio de la esquizofrenia: rango de edad y signos de advertencia*. *Psicologiaya.com*. <https://psicologiaya.com/esquizofrenia/inicio-de-la-esquizofrenia-rango-de-edad-y-signos-de-advertencia/>

32. Cavieres F., A., & Valdebenito V., M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(2), 97–108. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272005000200003>

33. Ochoa S., Martínez F., Ribas M., García-Franco M., López E., Villellas R., Arenas O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala S., Autonell J., Lobo E., & Haro J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477–489. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000300006>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación

Nombre del estudio:	<u>Relación entre calidad de sueño y calidad de vida en pacientes diagnosticados dentro del espectro de Esquizofrenia que reciben atención en el Hospital de Psiquiatría Morelos.</u>
Patrocinador externo (si aplica):	<u>No aplica.</u>
Lugar y fecha:	<u>Hospital de Psiquiatría Morelos, Mayo – julio 2022.</u>
Número de registro institucional:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	<u>El espectro de la Esquizofrenia supone un problema importante de salud pública debido a su gravedad, su carácter crónico y la discapacidad que produce. Las personas con Esquizofrenia tienen entre 2 y 2.5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que la población en general, esto relacionado a su mala calidad de vida. En esquizofrenia se han reportado del 30-80% de pacientes con alteraciones del sueño, siendo el más frecuente el insomnio, reportando mala calidad de sueño y siendo asociada en algunos estudios a una mala calidad de vida, razón por la que se decidió realizar este estudio para encontrar la relación entre estas 2 variables dentro del Espectro de Esquizofrenia en pacientes del Hospital de Psiquiatría Morelos. El objetivo de la investigación es determinar la relación entre calidad de vida y calidad de sueño en pacientes diagnosticados dentro del Espectro de Esquizofrenia que acuden al servicio de clínica de Esquizofrenia del Hospital de Psiquiatría Morelos.</u>
Procedimientos:	<u>El médico aplicará con previo consentimiento informado 2 escalas, 1 de ellas auto aplicada y otra aplicada por el investigador, en todos los casos, se garantiza el anonimato, la confidencialidad y el uso estrictamente académico de la información, su llenado tomará aproximadamente 1 hora. La información que se obtenga será recabada en una base de datos para su posterior análisis.</u>
Posibles riesgos y molestias:	<u>Su colaboración en este estudio se clasifica de riesgo mínimo, debido a que no se realizan procedimientos invasivos. Algunas preguntas pueden generarle incomodidad, al estar relacionadas con temas acerca de sus hábitos.</u>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<u>Su participación en esta investigación será de utilidad para identificar la correlación entre calidad de sueño y calidad de vida en esta población en estudio y brindar una mejor atención en relación a estas 2 variables.</u>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<u>Los resultados de las evaluaciones aplicadas serán de su conocimiento una vez concluya el estudio.</u>
Participación o retiro:	<u>Usted es libre de negarse a participar en este estudio. En el caso de que acepte, es libre de retirarse del mismo en cualquier momento, sin que esto afecte la atención que el IMSS le proporciona.</u>
Privacidad y confidencialidad:	<u>La información relacionada con su privacidad será operada con suma confidencialidad. Sus datos personales no serán publicados ni presentados en algún sitio. Los resultados del estudio podrán ser utilizados con fines académicos en cursos, congresos y/o ponencias. Usted no será identificado en las presentaciones o publicaciones que se deriven de esta investigación. La totalidad de los datos proporcionados durante el estudio serán protegidos, incorporados y tratados de acuerdo con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el reglamento de la citada Ley y la Norma Oficial Mexicana NOM 004-SSA3-2012. Del expediente clínico y los Lineamientos de Protección de Datos Personales.</u>

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador

Responsable:

Dr. Miguel Palomar Baena Matrícula 8708029 Cel 55 17 31 61 39 miguel.palomar@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dr. Agustin Beltran Lopez Matricula 97364868 Cel 6873666118 beloag22@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Calle Seris, sin número esquina Zaachila, Colonia La Raza, Alcaldía Azcapotzalco, Código Postal 02990, Ciudad de México. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Agustin Beltran Lopez

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-014

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

DELEGACIÓN CIUDAD DE MÉXICO

Hospital de Psiquiatría Morelos

“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DENTRO DEL ESPECTRO DE ESQUIZOFRENIA QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS.”

Iniciales: _____ Edad: _____ No. expediente: _____ Tel. _____

Diagnostico: _____

Ultima recaída con síntomas positivos (meses) _____

Tiempo de evolución (meses) _____

Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre
Escolaridad:	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato/carrera técnica <input type="checkbox"/> licenciatura o superior
Recursos:	<input type="checkbox"/> Muy limitados <input type="checkbox"/> Limitados <input type="checkbox"/> Suficientes <input type="checkbox"/> Mas que suficientes
Tipo de antipsicótico recibido	<input type="checkbox"/> Antipsicótico típico <input type="checkbox"/> Antipsicótico atípico

Puntajes: WHOQOL- BREF _____ PSQI _____

ANEXO 3. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH.

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste TODAS las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes? (Apunte el tiempo en minutos)

3. ¿Durante el último mes, a qué hora se ha estado levantando por la mañana?

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (el tiempo puede ser diferente al que permanezca en la cama) (Apunte las horas que cree haber dormido)

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste TODAS las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- () Ninguna vez en el último mes
- () Menos de una vez a la semana
- () Una o dos veces a la semana
- () Tres o más veces a la semana

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

- () Ninguna vez en el último mes
- () Menos de una vez a la semana

- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

c) Tener que levantarse para ir al sanitario:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

d) No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

e) Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

f) Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

g) Sentir demasiado calor:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

h) Tener pesadillas o "malos sueños":

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

i) Sufrir dolores:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

j) Otras razones (por favor descríbalas a continuación):

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

6. Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Un problema muy ligero
- Algo de problema
- Un gran problema

Jiménez-Genchi A. Medición de la calidad de sueño. Gac Méd Méx, 2008; 6: 491-496

Puntaje: _____

ANEXO 4. CUESTIONARIO BREVE DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Muy mal / Poco / Lo normal / Bastante Bien / Muy bien

1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida? 1 2 3 4 5

Muy insatisfecho/ Poco/ Lo normal/ Bastante satisfecho/ Muy satisfecho

2 ¿Cuán satisfecho está con su salud? 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

Nada/ Un poco/ Lo normal/ Bastante/ Extremadamente

3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

1 2 3 4 5

4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

1 2 3 4 5

5 ¿Cuánto disfruta de la vida? 1 2 3 4 5

6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido? 1 2 3 4 5

7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

Nada/ Un poco/ Moderado/ Bastante/ Totalmente

10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Nada/ Un poco/ Lo normal/ Bastante/ Extremadamente

15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

Nada/ Poco/ Lo normal/ Bastante/ satisfecho/ Muy satisfecho

16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño? 1 2 3 4 5

17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 1 2 3 4 5

18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo? 1 2 3 4 5

19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo? 1 2 3 4 5

20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales? 1 2 3 4 5

21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? 1 2 3 4 5

22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos? 1 2 3 4 5

23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? 1 2 3 4 5

24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? 1 2 3 4 5

25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte? 1 2 3 4 5

¿La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

Nunca/ Raramente/ Medianamente/ Frecuentemente/ Siempre

26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? 1 2 3 4 5