

Características del sueño en personas con trastorno de ansiedad generalizada en 5 ciudades de la costa del Perú.

Sleep characteristics in people with generalized anxiety disorder in 5 cities of the coast of Peru.

Miguel Angel Vizcarra Ruiz ¹, Alenkar Casio Torres Terreros¹, Javier Saavedra Castillo^{2,4}, Lupe Vidal Valenzuela^{3,4}

RESUMEN

Objetivo: Describir las características del sueño en personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en un estudio poblacional en 5 ciudades de la costa peruana. **Población:** El presente estudio se basa en datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa del Perú del año 2006 y se utilizó la unidad de análisis de adultos (n=6 555). **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo epidemiológico transversal. Para el análisis se estimaron prevalencias y proporciones, luego análisis bivariados entre personas con presencia de TAG (SÍ, NO) y variables socio-demográficas. Se realizó el mismo proceso con personas con TAG sin comorbilidad y cada uno de los componentes del Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP) contrastándolos con el resto de la población. Se utilizó la prueba chi² convertida al estadístico F para considerar el diseño de la encuesta (muestras complejas) considerando un nivel de significancia de <0,05. **Resultados:** La prevalencia anual de TAG puro fue de 1,1% (IC 95% 0,8-1,7), el 78,3% tuvo de 1 a 9 perturbaciones del sueño (p=0,001), el 77,9% de las personas con TAG tuvo una latencia del sueño incrementada de leve a severa (p=0,001). El 37,2% presentó disfunción diurna de leve a severa (p=0,031). La puntuación global del ICSP mostró: 43,7% merece atención médica, el 19,7% merece atención y tratamiento médico, y 0,4% padece de un problema de sueño grave (p <0,05). **Conclusiones:** Las características del sueño más afectadas en nuestra población son: perturbaciones del sueño, latencia del sueño y disfunción diurna, mereciendo más de la mitad atención médica especializada.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, sueño, población, epidemiología, Perú.

SUMMARY

Objective: To describe the sleep characteristics in people with generalized anxiety disorder (GAD) in a population study in 5 cities of the Peruvian coast. **Population:** This study is based on data from the Epidemiological Study of Mental Health on the coast of Peru in 2006 and used the unit of analysis of adults (n=6 555). **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional epidemiological study with probabilistic three-stage sample procedure was made. At first we estimated prevalences and proportions, then bivariate analyses were conducted among people with GAD presence (YES, NO) and socio-demographic variables. We performed the same process with people with no comorbidity GAD and each of the components of the PSQI, contrasting them with the rest of the population. Chi²

1. Médico egresado de la Facultad de Medicina “Alberto Hurtado”, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
2. Médico Psiquiatra, Director Ejecutivo de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Profesor Principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
3. Médico Epidemiólogo, Coordinador del Departamento de Vigilancia epidemiológica del “Centro de Salud Materno Mirones”. Lima, Perú.
4. Docente Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

test was used converted to the F statistic to consider the design of the survey (complex samples) and considering a significance level of <0.05 . **Results:** The annual prevalence of pure GAD was 1.1% (95% CI 0.8-1.7), 78.3% had 1 to 9 sleep disturbances ($p=0.001$), 77.9% of people with GAD had a sleep latency increased from mild to severe ($p=0.001$). The 37.2% had daytime dysfunction from mild to severe ($p=0.031$). The PSQI global score showed: 43.7% deserves medical attention, 19.7% deserves attention and medical treatment, and 0.4% suffer from severe sleep problems ($p<0.05$). **Conclusions:** The characteristics of sleep in our population most affected are: sleep disturbances, sleep latency and daytime dysfunction; more than a half of the people deserve specialized medical care.

KEY WORDS: Anxiety, sleep, population, epidemiology, Peru.

INTRODUCCIÓN

Los problemas del sueño y los trastornos psiquiátricos se presentan juntos frecuentemente. Estudios epidemiológicos revelan que individuos con insomnio son más proclives a tener síntomas psicológicos clínicamente significativos en comparación con individuos sin insomnio (1). Se estima que alrededor del 60% al 70% de los pacientes con TAG tienen queja de insomnio, cuya gravedad es paralela a la de los trastornos de ansiedad (2).

Existen pocos estudios poblacionales realizados en países desarrollados, y ninguno en Latinoamérica, que estudien las características del sueño en su población general o en subpoblaciones específicas. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada son frecuentemente sub-diagnosticadas en nuestro medio, motivo por el cual no se han descrito las características del sueño en ellas a pesar de su importancia en el diagnóstico y el tratamiento posterior.

El estudio busca obtener información que ayude a detectar y reconocer qué componente del sueño es el más frecuente afectado en este grupo de personas, para de esta manera orientar mejor el tratamiento médico y farmacológico en ellas.

Es así que nuestro objetivo fue describir las características del sueño (calidad, latencia, duración, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna) en personas con trastorno de ansiedad generalizada en un estudio poblacional en 5 ciudades de la costa peruana y contrastarlos con el resto de la población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio y marco muestral:

El diseño de estudio es descriptivo epidemiológico de corte transversal y se basa en datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa del

Perú del año 2006 (3). Esta encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM) entre julio y diciembre del 2006, y proporciona información acerca de los trastornos mentales y otros indicadores de salud mental a partir de 5 ciudades de la costa del Perú. La población total de estas ciudades fue de 3 130 380 habitantes en el momento de la encuesta.

El marco muestral empleado se basó en la información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de acuerdo con el censo previo de 1999. La muestra fue seleccionada a través de un procedimiento probabilístico en tres etapas comprendiendo las siguientes unidades de muestreo:

1. Conglomerados o agrupamientos de viviendas contiguas organizadas en cuadriláteros espaciales en las áreas consolidadas, y conjuntos contiguos de viviendas separadas por espacios determinados, en los asentamientos no regulados, del área urbana de los distritos que conforman las ciudades. Los conglomerados constan de 80 viviendas en promedio con una variación entre 50 y 120. El total de conglomerados para el área en estudio en el marco del INEI es de 6 508 viviendas.
2. Viviendas de cada uno de los conglomerados seleccionados en la primera etapa.
3. Encuestados. Las personas incluidas en la muestra fueron los residentes del hogar que vivían de forma permanente o regular en casas particulares, y que cumplían con los criterios de inclusión para cada unidad de análisis.

El estudio incluyó la selección de cuatro unidades de análisis en cada hogar: un adolescente entre 12 y 17 años, un adulto entre 18 y 59 años; un adulto mayor de 60 años o más, y una mujer casada o conviviente, jefe de familia o unida al jefe de familia. Se utilizó una tabla de Kish para seleccionar cada unidad de análisis, a excepción de la mujer casada o conviviente.

ANEXO 1: Definición de las variables utilizadas.

VARIABLES	CLASIFICACIÓN	CATEGORÍAS	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Socio-demográficas			
Edad	Cuantitativa continua	- 18 a 44 años - 45 a 59 años - 60 a más	Edad en años del paciente
Sexo	Cualitativa, nominal	- Masculino - Femenino	Masculino o femenino
Estado civil	Cualitativa, nominal	- Soltero - Casado - Conviviente - Separado/ Divorciado - Viudo	Estado civil del entrevistado
Nivel de instrucción	Cualitativa, ordinal	- Sin instrucción/Primaria - Secundaria/Bachillerato - Superior no universitario - Superior universitario	Nivel de instrucción del entrevistado
Nivel de pobreza según NBI	Cualitativa, ordinal	- No pobre - Pobre - Pobre extremo	Se refiere a la metodología de las necesidades básicas insatisfechas (NBI). El método se basa en la definición de necesidades que se incluyen en la medición y el establecimiento de umbrales de satisfacción, o sea, los niveles mínimos que se consideran apropiados. Para considerar a un hogar pobre por NBI, el criterio metodológico utilizado es no satisfacer al menos una de las necesidades definidas como básicas. En caso de que el hogar tenga dos o más NBI, se le califica como pobre extremo.
Trastornos clínicos			
Trastorno de ansiedad generalizada	Cualitativa, nominal	- Con trastorno - Sin trastorno	Se llevó a cabo mediante el uso del MINI
Problemas de sueño (mediante el índice de calidad de sueño de Pittsburgh)			
Calidad de sueño	Cualitativa, ordinal	- Bastante bueno - Bueno - Malo - Bastante malo	Se refiere a una valoración que hace la persona.
Latencia del sueño	Cualitativa, ordinal	- 15 minutos o menos - 16 a 30 minutos - 31 a 60 minutos - Más de 60 minutos	Se refiere al tiempo que demora la persona en quedarse dormida.
Duración del sueño	Cualitativa, ordinal	- Más de 7 horas - Entre 6 y 7 horas - Entre 5 y 6 horas - Menos de 5 horas	Representa las horas de sueño promedio.
Eficiencia del sueño	Cualitativa, ordinal	- Más del 85% - Del 75-84% - Del 65-74% - Menos del 65%	Porcentaje de sueño obtenido respecto al tiempo en cama. [(Tiempo total de sueño) / (tiempo total en cama)]*100 Una "eficiencia" de sueño <85% se considera clínicamente significativa.
Perturbaciones del sueño	Cualitativa, ordinal	- Ninguna - Entre 1 y 9 - Entre 10 y 18 - Entre 19 y 27	Se refieren a distintos problemas para dormir a causa de, por ejemplo, despertarse durante la noche, levantarse para ir al baño, no respirar bien, roncar ruidosamente, etc.
Uso de medicación para dormir	Cualitativa, ordinal	- Ninguna vez en las últimas 4 semanas - Menos de una vez a la semana - Una o dos veces a la semana - Tres o más veces a la semana.	Se refiere a las veces que la persona ha tomado medicación para dormir indicada o no por un facultativo.

Disfunción diurna	Cualitativa, ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Ninguna vez en las últimas 4 semanas - Menos de una vez a la semana - Una o dos veces a la semana - Tres o más veces a la semana. 	Se refiere a las veces que la persona ha experimentado somnolencia o dificultad para mantenerse despierta mientras realizaba alguna actividad como conducir o comer.
Puntuación global (ICSP)	Cualitativa, ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Sin problemas de sueño - Merece atención médica - Merece atención y tratamiento médico - Se trata de un Problema de sueño grave 	La suma de las puntuaciones de estos componentes da una puntuación que va desde 5 a 21. Una puntuación menor de 5 se considera "sin problemas de sueño"; una puntuación de 5 a 7, como "merece atención médica"; una puntuación de 8 a 14, como "merece atención y tratamiento médico"; y una puntuación de 15 a más, "se trata de un problema de sueño grave"

Tabla N° 1: Características socio-demográficas de los adultos de 5 ciudades de la costa peruana. EENA 2006.

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Grupos etarios			
De 18 a 44	4260	64,7	62,7 - 66,6
De 45 a 59	1328	20,9	19,3 - 22,7
De 60 a más	967	14,4	12,9 - 16,1
Sexo			
Masculino	2947	49,9	47,7 - 52,2
Femenino	3608	50,1	47,8 - 52,3
Estado Civil			
Conviviente	1474	19,4	17,1 - 22,0
Separado o Divorciado	757	7,9	7,1 - 8,9
Viudo	384	4,9	4,2 - 5,7
Casado	2291	35,1	33,4 - 36,8
Soltero	1694	32,7	30,2 - 35,3
Nivel Educativo			
Sin Nivel / Primaria	1331	18,7	16,5 - 21,1
Secundaria / bachillerato	2725	41,1	38,9 - 43,3
Sup. No universitario	1068	15,0	13,5 - 16,7
Sup. universitario	1431	25,2	22,8 - 27,8
Nivel de pobreza según NBI			
Pobre extremo	563	6,4	5,0 - 8,1
Pobre	1461	20,3	17,0 - 24,1
No pobre	4531	73,4	68,4 - 77,8

Instalaciones colectivas de vivienda, tales como, hospitales, hoteles, cuarteles del ejército, conventos, etc., fueron excluidos del estudio.

La encuesta requirió un consentimiento informado escrito de los encuestados y fue aprobado por el Comité

de Ética Institucional. La encuesta fue realizada por profesionales de la salud, sobre todo psicólogos, que llevaron a cabo 70 horas de entrenamiento previo. También se llevó a cabo un sistema de monitoreo que consistió en la supervisión de los hogares al azar, las re-entrevistas y entrevistas vigiladas por un supervisor,

Tabla N° 2: Prevalencia anual de trastorno de ansiedad generalizada sin comorbilidades (TAG puro) en adultos de 5 ciudades de la costa peruana. EENA 2006.

Prevalencia Anual de TAG	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Sí	72	1,1	0,8 - 1,7
No	6476	98,9	98,3 - 99,2

Tabla N° 3: Características del sueño en adultos de 5 ciudades de la costa peruana. EENA 2006.

Características del Sueño	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Calidad del sueño			
Bastante bueno	355	6,2	5,1 - 7,5
Bueno	5090	79,1	77,4 - 80,7
Malo	982	12,9	11,7 - 14,2
Bastante malo	124	1,8	1,4 - 2,4
Latencia del sueño			
Apropiada	3496	54,3	51,8 - 56,8
Levemente incrementada	1904	29,6	27,4 - 31,8
Moderadamente incrementada	797	10,9	9,9 - 12,0
Severamente incrementada	339	5,2	4,4 - 6,2
Duración del sueño			
Más de 7 horas	3040	46,5	44,5 - 48,4
De 6 a 7 horas	2772	42,7	40,9 - 44,6
De 5 a menos de 6 horas	532	8,1	7,0 - 9,3
Menos de 5 horas	197	2,7	2,2 - 3,4
Eficiencia del sueño			
85% o más	5925	91,0	89,6 - 92,3
De 75 a 84%	374	5,7	4,8 - 6,8
De 65 a 74%	135	1,8	1,4 - 2,5
Menos del 65%	94	1,4	1,0 - 1,9
Perturbaciones del sueño			
Ninguna	2688	39,5	37,0 - 42,0
De 1 a 9	3488	54,9	52,7 - 57,2
De 10 a 18	361	5,5	4,4 - 6,8
De 19 a 27	15	0,1	0,0 - 0,2
Número de veces que ha consumido medicina para dormir			
Ninguna vez	6256	95,5	94,7 - 96,3
Menos de 1 vez por semana	92	1,8	1,3 - 2,4
Uno o 2 veces por semana	86	1,2	0,9 - 1,7
Tres o más veces por semana	115	1,5	1,2 - 1,9
Disfunción diurna			
Ninguna	4982	76,6	74,1 - 78,8
Levemente incrementada	975	15,6	13,9 - 17,5
Moderadamente incrementada	431	5,9	5,1 - 6,8
Severamente incrementada	154	1,9	1,5 - 2,6
Puntuación global			
Sin problemas de sueño	4593	71,7	69,6 - 73,7
Merece atención médica	1450	22,1	20,4 - 23,8
Merece atención y tratamiento médico	445	6,1	5,2 - 7,1
Se trata de un problema de sueño grave	12	0,1	0,1 - 0,2

el análisis de concordancia entre encuestadores-supervisor, análisis cuantitativos y cualitativos y otras medidas, para garantizar la calidad de los datos.

El número de hogares seleccionados inicialmente del muestreo fue 7 020 para los adultos, adolescentes y

mujeres casadas o con pareja, y 9 360 para los adultos mayores. El nivel de participación fue 93,9% para los adultos, 95,6% para adolescentes, 92,3% para adultos mayores y 94,9% para la mujer casada o conviviente. La muestra final consistió de 6555 adultos encuestados, que es la muestra utilizada en este estudio.

Definición de variables e instrumentos:

Se utilizó datos socio-demográficos y los siguientes instrumentos para determinar las variables: (Anexo 1).

Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (ICSP): Fue desarrollada para evaluar la calidad del sueño y consta de 19 ítems que derivan en 7 componentes: Calidad de sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Buysse y colaboradores encontraron en el estudio original una consistencia interna elevada para los 19 ítems (alpha de Cronbach: 0,83).

Evaluación MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión española CIE-10, que obtiene información estandarizada sobre los principales trastornos psiquiátricos, la estadística Kappa realizada en estudios pilotos en nuestro país, han reportado cocientes entre 0,60 y 0,87.

Los instrumentos han sido adaptados lingüísticamente durante un grupo focal realizado como parte del estudio piloto. La validez y fiabilidad estadística de los instrumentos, y del constructo utilizados por el INSM han sido publicadas anteriormente (4).

Los pacientes utilizados para la evaluación de características de sueño fueron aquellos que presentaban TAG puro (sin comorbilidades o enfermedades psiquiátricas asociadas al momento del estudio).

Análisis de datos:

Se trabajó con la unidad de análisis poblacional adulto, y se procedió primero a presentar las características generales de la muestra, luego se presentó estas características en función de cada una de las unidades de investigación. Para ello se realizó análisis estadísticos descriptivos como frecuencias y medidas de tendencia central; luego se estimaron proporciones.

Se estimó variables mediante datos socio-demográficos, el ICSP y la evaluación del MINI. Se estimó prevalencias y proporciones, luego se realizó análisis bivariados entre personas con presencia de TAG (SÍ, NO) y variables socio-demográficas. Se realizó el mismo proceso con personas con TAG puro y cada uno de los componentes del ICSP contrastándolos con el resto de la población.

Si la variable independiente era nominal, se

Tabla N° 4: Características socio-demográficas y prevalencia anual de TAG puro, en adultos de 5 ciudades de la costa peruana. EENA 2006.

Características Sociodemográficas	Prevalencia Anual de TAG				F corregida	P valor
	Si		No			
	n	%	n	%		
Grupos etarios						
De 18 a 44	46	50,4	4210	64,8		
De 45 a 59	15	27,5	1311	20,9	1,415	0,244
De 60 a más	11	22,0	955	14,3		
Sexo						
Masculino	17	18,9	2924	50,3		
Femenino	55	81,1	3552	49,7	10,274	0,001*
Estado Civil						
Conviviente	21	28,6	1449	19,3		
Separado o Divorciado	15	28,1	742	7,7		
Viudo	4	6,1	380	4,9	7,053	0,000*
Casado	28	30,9	2260	35,1		
Soltero	4	6,3	1645	33,0		
Nivel Educativo						
Sin Nivel / Primaria	17	25,8	1314	18,6		
Secundaria / bachillerato	30	43,7	2691	41,1	0,625	0,571
Sup. No universitario	15	12,6	1052	15,0		
Sup. universitario	10	17,8	1419	25,3		
Nivel de pobreza según NBI						
Pobre extremo	9	7,2	553	6,3		
Pobre	20	16,3	1440	20,3	0,269	0,571
No pobre	43	76,5	4483	73,3		

Tabla N° 5: Características del sueño y prevalencia anual de TAG puro, en adultos de 5 ciudades de la costa peruana. EENA 2006.

Características del sueño	Prevalencia Anual de TAG				f corregida	p valor
	Si		No			
	n	%	n	%		
Calidad de sueño						
Bastante bueno	1	0,2	354	6,3	12,184	0,000*
Bueno	38	54,8	5048	79,4		
Malo	27	39,4	954	12,6		
Bastante malo	6	5,6	118	1,8		
Latencia del sueño						
Apropiada	14	22,1	3478	54,7	6,373	0,001*
Levemente incrementada	28	44,7	1876	29,4		
Moderadamente incrementada	18	25,1	779	10,8		
Severamente incrementada	12	8,1	326	5,2		
Duración del sueño						
Más de 7 horas	27	43,6	3010	46,5	0,402	0,730*
De 6 a 7 horas	29	41,5	2741	42,7		
De 5 a menos horas	9	9,9	523	8,1		
Menos de 5 horas	7	5,0	190	2,7		
Eficiencia del sueño						
85% o más	60	83,1	5860	91,1	1,375	0,253
De 75 a 84%	5	11,8	369	5,7		
De 65 a 74%	2	1,9	133	1,8		
Menos del 65%	5	3,3	89	1,4		
Perturbaciones del sueño						
Ninguna	8	10,5	2677	39,8	6,589	0,001*
De 1 a 9	50	78,3	3436	54,7		
De 10 a 18	13	11,0	348	5,5		
De 19 a 27	1	0,2	14	0,1		
Número de veces que ha consumido medicina para dormir						
Ninguna vez	65	77,7	6186	95,7	13,173	0,000*
Menos de 1 vez por semana	1	1,3	91	1,8		
Uno o 2 veces a la semana	3	13,3	83	1,1		
Tres o más veces a la semana	3	7,7	112	1,4		
Disfunción diurna						
Ninguna	48	62,8	4930	76,7	3,364	0,031*
Levemente incrementada	13	30,3	961	15,4		
Moderadamente incrementada	4	3,5	427	5,9		
Severamente incrementada	7	3,4	147	1,9		
Puntuación global						
Sin problemas de sueño	26	36,1	4563	72,1	8,495	0,000*
Merece atención médica	28	43,7	1422	21,8		
Merece atención y tratamiento médico	17	19,7	427	5,9		
Se trata de un problema de sueño grave	1	0,4	11	0,1		

realizó pruebas χ^2 convertidas al estadístico F para considerar el diseño de la encuesta (a través del paquete estadístico SPSS V20 para muestras complejas) considerando un nivel de significancia de $<0,05$. Si la variable independiente era continua, se utilizó el modelo lineal general.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 6 555 personas mayores de 18 años residentes en viviendas particulares de las ciudades de Piura, Trujillo, Chiclayo, Ica y Arequipa entrevistadas entre julio y diciembre del

2006; de ellos el 50,1% (IC 95% 47,8-52,3) eran de sexo femenino y un 49,9% (IC 95% 47,7-52,2) de sexo masculino, la muestra fue dividida en 3 grupos etarios de 18 a 44, 45 a 59 y de 60 a más, cuyos porcentajes son 64,7% (IC 95% 62,7-66,6), 20,9 % (IC 95% 19,3-22,7) y 14,4% (IC 95% 12,9-16,1) respectivamente. Con respecto a otros datos socio-demográficos, el nivel educativo con secundaria / bachillerato fue de 41,1% (IC 95% 38,9-43,3). En cuanto al estado civil 35,1% (IC 95% 33,4-36,8) eran casados. En lo referente a los niveles de pobreza, el 6,4% (IC 95% 5,0-8,1) de la muestra eran pobres extremos, 20,3% (IC 95% 17,0-24,1) pobres y el 73,4% (IC 95% 68,4-77,8) no pobres. (Tabla 1)

La prevalencia anual del TAG puro en adultos de 5 ciudades de la costa peruana fue de 1,1% (IC 95% 0,8-1,7). (Tabla 2)

En lo referente a las características del sueño en adultos de 5 ciudades de la costa peruana de la muestra estudiada, 79,1% (IC 95% 77,4-80,7) presentó una buena calidad del sueño; 54,3% (IC 95% 51,8-56,8) una apropiada latencia del sueño; 46,5% (IC 95% 44,5-48,4) tenían una duración del sueño de más de 7 horas; el 91,0% (IC 95% 89,6-92,3) una eficiencia del sueño de más del 85%, 54,9% (IC 95% 52,7-57,2) presentaron de 1 a 9 perturbaciones; 95,5% (IC 95% 94,7-96,3) refirió no haber consumido ninguna vez medicina para dormir; el 76,6% (IC 95% 74,1-78,8) manifestó tener ninguna disfunción diurna; el 71,7% (IC 95% 69,6-73,7) no presentó problemas del sueño en la puntuación global. (Tabla 3)

Con respecto a las características socio-demográficas, se encontró que de las 72 personas que presentaron TAG: 81,1% fueron de sexo femenino, 18,9% de sexo masculino, ($p=0,001$); el 50,4%, 27.5% y 22.0% corresponden a los grupos etarios de 18 a 44, 45 a 59 y 60 a más, respectivamente ($p=0,244$); en cuanto al estado civil 30,9% eran casados ($p<0,05$); en lo referente al nivel educativo 43,7% tenían secundaria /bachillerato ($p=0,571$). Además, de este grupo 7,2% eran pobres extremos, y el 16,3% pobres ($p=0,571$). (Tabla 4)

Con relación a las características del sueño, se encontró que 39,4% de las personas con TAG tenían una calidad de sueño mala y 5,6% bastante mala ($p<0,05$). El 77,9% de las personas con este trastorno tienen una latencia del sueño incrementada de leve a severa ($p=0,001$). El 89,5% de las personas con TAG se quejaron de al menos de una perturbación del sueño

en comparación con 60,2% en el resto de la población ($p=0,001$). El 22,3% tomaron por lo menos 1 vez por semana medicamentos para dormir ($p<0,05$). El 37,2% de las personas con TAG presentaron disfunción diurna de leve a severa ($p=0,031$). (Tabla 5)

No se encontró diferencias significativas en relación a duración y eficiencia del sueño entre las personas con TAG y la población general. El 56,4% presentó una duración del sueño menor de 7 horas ($p=0,730$) y el 16.9 % no tuvieron una eficiencia adecuada del sueño ($p=0,253$). (Tabla 5)

En cuanto a la puntuación global del ICSP en personas con TAG, el 36,1% no presentaron problemas del sueño, lo que contrasta con el 71,7% de la muestra que no presentó problemas del sueño, asimismo el 43,7% requirió atención médica, el 19,7% atención y tratamiento médico, y solo el 0,4% padeció de un problema de sueño grave ($p<0,05$). (Tabla 5)

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que en nuestra población existe relación entre alteraciones del sueño y el TAG, e identifica las características del sueño que se ven más afectadas en ellos: las perturbaciones del sueño, la latencia del sueño y la disfunción diurna, mereciendo en su mayoría atención médica.

Encontramos que la prevalencia anual de TAG sin comorbilidades asociadas, en nuestra población es de 1,1%, valor que es discretamente inferior a lo encontrado en América Latina y el Caribe 1,3% (5).

El hallazgo más significativo de las variables socio-demográficas es referente a sexo y estado civil. De las 72 personas con TAG puro, 81,1% son de sexo femenino (1,8% de prevalencia anual con respecto a la población general), lo cual concuerda con lo reportado en la literatura en la cual se reporta predominio femenino (6). Siendo el porcentaje encontrado discretamente mayor al 1,3% reportado por Khon R, Rodríguez J. en América Latina y el Caribe (5), pero menor a lo publicado por Robin M. Carter y colaboradores (7) quienes refieren tasas de prevalencia anual del 2.7% en mujeres de otras latitudes.

Nuestros resultados demuestran que 63,9 % de las personas con TAG presentan problemas del sueño que merece atención médica, algunos de ellos con indicación de manejo y tratamiento farmacológico por un problema de sueño grave; similares resultados fueron encontrados por Belanger y colaboradores

en el 2004 quienes reportan que 63,6% de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada presentan alguna forma de problemas del sueño, aunque no especifican ni identifican que características son las comprometidas (8) y a otros estudios que mencionan que aproximadamente el 60 al 70% de los pacientes con TAG tienen queja de insomnio.(2)

En relación a los hallazgos entre características del sueño y prevalencia anual de TAG, el 89,5% de las personas con dicho trastorno se queja de al menos una perturbación del sueño en comparación con el resto de la población, en este sentido la literatura menciona sobre la continuidad del sueño, que los pacientes con TAG tienen problemas para iniciar y mantener el sueño (9) provocando en estos sujetos el estar mayor tiempo despiertos. (10)

El 77,9% de las personas con TAG tienen una latencia del sueño incrementada de leve a severa en comparación con el resto de la población, hallazgo que es similar a lo encontrado por otros autores que mencionan un aumento de la latencia del sueño en pacientes con este trastorno (11). El 45% de las personas con dicho trastorno tienen mala calidad de sueño, aunque debemos tener en cuenta que este componente es subjetivo, debido a que es una valoración que hace la persona.

En este estudio se encontró que 37,2% de las personas con TAG presentan disfunción diurna de leve a severa, lo que condiciona un impacto sobre la calidad de vida del paciente en el plano físico, laboral, psicológico, y su relación con la familia y amigos. Además, el 22,3% consumió por lo menos 1 vez en la semana algún medicamento para dormir, sin especificar nombre ni dosis de este.

El 56,4% de las personas con TAG tienen una duración del sueño menor de 7 horas y 43,6% de 7 horas a más (duración normal en una persona sana), lo cual contrasta con Benca y compañía (1992), quienes en un meta-análisis de 177 estudios, revisaron datos de 7 151 pacientes y controles, reportando una reducción significativa de la duración del sueño en personas con dicho trastorno (11,12). Las diferencias obtenidas entre nuestros hallazgos y otras publicaciones podrían explicarse porque estos estudios se basaron en muestras clínicas y, poblaciones mayores o más representativas, no obstante, este hallazgo no demostró ser estadísticamente significativo en nuestra población. En cuanto a la eficiencia de sueño en nuestro estudio (porcentaje de sueño obtenido respecto al tiempo en

cama, una “eficiencia” de sueño <85% se considera clínicamente significativa), el 16,9% de las personas con TAG no tienen una eficiencia adecuada del sueño, contrastando con el 83,1% que tiene una eficiencia del sueño del 85% a más, difiriendo de otras publicaciones que refieren una disminución significativa de la eficiencia de sueño en personas con ansiedad generalizada (11,12). Esto tendría una explicación similar a lo mencionado anteriormente con respecto a duración del sueño, este resultado tampoco demostró ser estadísticamente significativo.

Los problemas del sueño, como comorbilidad, condicionan falla en la respuesta al tratamiento, así como repercusiones en las diversas áreas de la vida; las características del sueño en otros países no son adaptables a nuestra realidad por diversos factores propios del país, como el nivel de desarrollo, la diversidad cultural, la prevalencia de problemas de salud, entre otros.

Ni en nuestro país ni en países latinoamericanos se cuenta con estudios epidemiológicos publicados hasta el momento, que describan las características del sueño en personas con TAG; por ello los hallazgos encontrados en nuestro estudio son de gran valor estadístico y clínico, pues muestran que el componente del sueño es el más frecuente afectado en este grupo de personas, y será de utilidad para la orientación adecuada del tratamiento médico y farmacológico.

Con respecto a las limitaciones del estudio, al ser una encuesta relacionada con la salud mental no se puede descartar los “no reportes” sistemáticos, ya sea por no querer responder conscientemente o por temor a la estigmatización. Gran parte de la encuesta se apoya en la perspectiva del entrevistado y en su memoria para reportar sus experiencias, lo que puede dar lugar al llamado “sesgo del recuerdo”.

Los diagnósticos psiquiátricos, si bien son congruentes con hallazgos en otros países han sido obtenidos a través de encuestas estructuradas que no han sido verificadas por psiquiatras, lo que pudo generar un sobre o subdiagnóstico, en este sentido se puso especial énfasis en un adecuado entrenamiento de los encuestadores.

Además se debe considerar que los datos no fueron obtenidos específicamente para describir las características del sueño en personas con TAG. El tamaño de la población debió ser mayor, pues una muestra más grande de personas con TAG podría

haber llevado a resultados más significativos.

Las mencionadas representan algunas de las limitaciones, además de las propias del tipo de estudio como la dificultad para establecer causalidad por ser un estudio transversal, el tipo de muestreo (no aleatorio totalmente) que pudo generar “sesgos de selección” y la subjetividad de algunos ítems (como la calidad de sueño) en la encuesta.

No tenemos datos acerca de las características del sueño en personas con TAG en la sierra o selva peruana hasta el momento, teniendo en cuanto que existen variaciones en el comportamiento de los trastornos mentales y en sus características según su ubicación geográfica, podría evaluarse si las características del sueño en estos pacientes también varían o son similares a los hallazgos de nuestro estudio.

La asociación entre problemas de sueño y TAG está demostrada, siendo las características del sueño en estos pacientes un factor importante en el diagnóstico y manejo posterior. En el presente estudio se observa la similitud de algunos hallazgos con otros a nivel mundial, sin embargo muestra también características particulares encontradas solo en nuestra población, motivo por el cual el psiquiatra en nuestro medio debería estar al tanto de éstas para identificar a los pacientes con TAG que merecen tratamiento para problemas de sueño (con particular énfasis en la disfunción diurna), buscar la causa y así evitar una disminución de su calidad de vida.

Correspondencia:

Miguel Ángel Vizcarra Ruiz
Domicilio, Mz. C lote 8 Urbanización Villa
Universitaria, Los Olivos, Lima 36, Perú
Correo electrónico: miguel.vizcarra@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? JAMA. 1989; 262(11):1479–1484
2. Anderson DJ, Noyes R, Crowe RR. A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry. 1984;141:572-575.

3. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Costa Peruana 2006. Anales de Salud Mental. 2007; XXIII(1-2):1-228.
4. Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. Anales de Salud Mental. 2009; XXV (Supl. 1): 1-259.
5. Khon R, Rodríguez J. Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la población adulta de América Latina y el Caribe. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. OPS. 2009. 1: 19-32.
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(1):8–19.
7. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, et al. One year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. Depress Anxiety. 2001;3:78–88.
8. Belanger L, Morin C, Langlois F, et al. Insomnia and generalized anxiety disorder: effects of cognitive behavior therapy for GAD on insomnia symptoms. J Anxiety Disord. 2004;18:561-71.
9. Akiskal HS, Lemmi H, Dickson H, King D, Yerevanian B, VanValkenburg C. Chronic depressions. Part 2. Sleep EEG differentiation of primary dysthymic disorders from anxious depressions. J Affect Disord. 1984;6:287–295.
10. Sitaram N, Dube S, Jones D, Pohl R, Gershon S. Acetylcholine and alpha-adrenergic sensitivity in the separation of depression and anxiety. Psychopathology. 1984;17 Suppl 3:24-39.
11. Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Gillin JC. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. Arch Gen Psychiatry. 1992;49:651-668.
12. Papadimitriou GN, Linkowski P. Sleep disturbance in anxiety disorders. International Review of Psychiatry. 2005; 17:229–236.

Recibido: 13/12/2012 Aceptado: 21/02/2013
--