



# TRABAJO FIN DE GRADO

## TRASTORNOS DEL SUEÑO EN CUIDADORES INFORMALES

## SLEEP DISORDERS IN INFORMAL CAREGIVERS

Autor: Lara Pacheco Castillo

Tutora: Irene Sequí Domínguez

Revisión de revisiones sistemáticas

Convocatoria: ordinaria

Curso académico: 2021-2022

# ÍNDICE

ABREVIATURAS	Pág. 1
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	Pág. 2
RESUMEN	Pág. 3
PALABRAS CLAVE	Pág. 3
ABSTRACT	Pág. 4
KEYWORDS	Pág. 4
1. INTRODUCCIÓN	Pág. 5
2. OBJETIVO	Pág. 6
3. METODOLOGÍA	
3.1 Búsqueda bibliográfica	Pág. 6
3.2 Criterios de selección	Pág. 7
3.3 Extracción de datos	Pág. 7
3.4 Variable resultado	Pág. 7
3.5 Valoración de la calidad metodológica	Pág. 7
3.6 Consideraciones éticas	Pág. 8
4. RESULTADOS	
4.1 Revisión de revisiones sistemáticas	Pág. 8
4.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos	Pág. 10
5. DISCUSIÓN	Pág. 14
6. CONCLUSIÓN	Pág. 16
7. BIBLIOGRAFIA	Pág. 17
8. ANEXOS	Pág. 20

## ABREVIATURAS

CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
ESS	Escala de somnolencia de Epworth
FOSQ-10	Functional outcomes of sleep questionnaire-short
GSDS	Escala general de alteraciones del sueño
ISI	Índice de gravedad de insomnio
N	Tamaño de la muestra
ND	No disponible
PICO	Population, intervention, comparison, outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PSQI	Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh
SCL-90	Subescala del Symptom Checklist 90
UCI	Unidad de cuidados intensivos

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda de acuerdo a normas PICO	Pág. 6
Tabla 2: Características de los estudios incluidos	Pág. 11
Figura 1: Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios	Pág. 8

## **RESUMEN**

### **Objetivo**

El objetivo de esta revisión de revisiones sistemáticas es realizar una síntesis exhaustiva de la literatura disponible con el fin de estimar la prevalencia de trastornos del sueño en cuidadores informales.

### **Método**

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, en busca de revisiones sistemáticas y meta-análisis que estudiaran la prevalencia de los trastornos del sueño en cuidadores informales.

### **Resultados**

Se encontraron 81 estudios de los cuales nueve cumplían los criterios de inclusión y fueron incluidos en esta revisión de revisiones sistemáticas. Entre los nueve estudios incluidos se encuentran diferentes tipos de cuidadores informales, cinco estudios incluían cuidadores informales de pacientes adultos y cuatro estudios de pacientes pediátricos. Los resultados de esta revisión de revisiones sistemáticas estiman la prevalencia de trastornos del sueño en cuidadores informales entre el 51-100%.

### **Conclusión**

Los cuidadores informales tienen una prevalencia más alta de trastornos del sueño frente a la población general. Sin embargo, estas conclusiones se deben interpretar con cautela ya que se requieren más estudios que analicen en profundidad la prevalencia de cada tipo de trastorno de sueño para que el personal sanitario se mantenga alerta para detectar y prevenir que aparezcan y se cronifiquen. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la detección e intervención precoz de los trastornos del sueño en esta población especialmente vulnerable.

## **PALABRAS CLAVE**

Trastornos del sueño, cuidadores informales, prevalencia, enfermería.

## **ABSTRACT**

### **Objective**

The objective of this review of systematic reviews is to make a comprehensive synthesis of the available literature in order to estimate the prevalence of sleep disorders in informal caregivers.

### **Method**

A systematic search was conducted in PubMed, Scopus and Web of Science databases, looking for systematic reviews and meta-analyses studying the prevalence of sleep disorders in informal caregivers.

### **Results**

Eighty-one studies were found of which nine met the inclusion criteria and were included in this review of systematic reviews. Among the nine included studies there are different types of informal caregivers, five studies included informal caregivers of adult patients and four studies of pediatric patients. The results of this review of systematic reviews estimate the prevalence of sleep disorders in informal caregivers to be between 51-100%.

### **Conclusion**

Informal caregivers have a higher prevalence of sleep disorders compared to the general population. However, these conclusions should be interpreted with caution as more studies are needed to analyse in depth the prevalence of each type of sleep disorder in order for health care workers to be vigilant in detecting and preventing them from developing and becoming chronic. Nurses have a key role to play in the detection and early intervention of sleep disorders in this particularly vulnerable population.

## **KEYWORDS**

Sleep disorders, informal carers, prevalence, nursing.

## 1. INTRODUCCIÓN

El sueño es un proceso fisiológico, según su definición conductual simple, “es un estado conductual reversible de desconexión perceptivo y de falta de respuesta al entorno” (1). Es un proceso de vital importancia para el ser humano, y, a pesar de que es una función que no está totalmente esclarecida, se cree que el sueño tiene función restauradora, adaptativa, conservadora, de termorregulación y de memoria (2). Así, las alteraciones del sueño bien por defecto o por exceso del mismo, dan lugar a importantes consecuencias, estas pueden diferenciarse entre corto y largo plazo. A corto plazo se encuentran problemas de atención y concentración, empeoramiento de la calidad de vida, irritabilidad, impaciencia, depresión, ansiedad o accidentes. En las consecuencias a largo plazo se puede ver una mayor morbilidad y mortalidad por accidentes, enfermedades cardíacas, deterioro de la memoria y depresión (2,3).

Los trastornos del sueño, se pueden definir como alteraciones al curso fisiológico del sueño que perduran en el tiempo y afectan de manera significativa a la vida del paciente, pudiendo incluir entre estos: narcolepsia, insomnio, síndrome de apnea del sueño o el síndrome de las piernas inquietas (4).

Sin embargo, a pesar de las importantes consecuencias de los trastornos del sueño sobre la salud del paciente que las padece, y de lo ampliamente extendidos que se encuentran (entre el 20 y el 41.7% de la población general refiere insatisfacción con la duración de su sueño) (5), estos se encuentran comúnmente infradiagnosticados, puesto que se achacan a cambios fisiológicos del envejecimiento o situaciones puntuales de estrés y no se busca asistencia sanitaria (5), lo que provoca, que una vez se solicita la asistencia sanitaria, el problema está claramente agravado, incrementando el coste sanitario exponencialmente. En España el gasto económico que abarca los trastornos del sueño es de 2.769 millones € al año (6).

Los cuidados informales se definen como la atención no remunerada que se da a personas en situación de dependencia por parte de la familia, que debido a su enfermedad o discapacidad les impide hacerlo ellos mismos. Estos están basados en relaciones afectivas, siendo realizados en mayor parte por la mujer y generalmente en el hogar. Casi el 90% del tiempo del cuidado de las personas mayores se lleva a cabo por la familia (7,8). Según un estudio realizado con tres encuestas Europeas para medir la prevalencia de cuidadores informales en la población europea, la tasa oscila alrededor del 13% en España y Portugal, y más del 22% en Luxemburgo, Bélgica y Dinamarca (9).

El aporte de cuidados supone una importante dedicación de energía y tiempo para la persona que los presta. El 95'9% de los cuidadores de personas de 65 años o más, informa que presta cuidados de seis a siete días de la semana y el 38'9% dedica al menos 16 horas diarias a esto. Esta situación deja una huella importante en la salud y relaciones familiares, profesionales y sociales de los cuidadores (8). Muchos de ellos informan de altos niveles de carga, estrés y depresión. La sobrecarga física y emocional que esto supone, en muchos casos da lugar al síndrome del cuidador. Este síndrome se manifiesta por síntomas físicos, emocionales y psicológicos, como dolores, ansiedad, síntomas depresivos y abuso de sustancias como el café, ansiolíticos o tabaco (10). Así, los cuidadores informales se postulan como una población altamente vulnerable a padecer trastornos del sueño.

Los tipos más comunes de problemas del sueño en los cuidadores son la corta duración de este y los despertares nocturnos que dan lugar a una disfunción diurna (11). A medida que aumentan las necesidades del paciente, suele haber un aumento de los trastornos del sueño en el cuidador, puesto que este está más atento a las necesidades del paciente y se centra más en cuidarlo que en él mismo. “Cuidar es una tarea emocional y cognitiva muy exigente” (12).

Una detección temprana de los trastornos del sueño, permite un abordaje precoz ya que se trata de una patología prevenible y tratable (13). Y además las intervenciones realizadas en personas con estos trastornos dan como resultado un cambio favorable en la calidad y cantidad del sueño (14). El papel de la enfermería en los trastornos del sueño en cuidadores informales es clave, ya que atender de cerca a la persona dependiente le aporta una posición privilegiada para poder detectar y abordar precozmente estos trastornos en los cuidadores.

La evidencia científica hasta la fecha (7,12,15–21) ha tratado de estimar en diversas ocasiones la prevalencia de trastornos del sueño en cuidadores informales, sin embargo, existen discrepancias entre estudios y se desconocen aún qué factores o patologías podrían incrementar la probabilidad de padecer trastornos del sueño en cuidadores informales. Así, esta revisión de revisiones sistemáticas tiene como objetivo realizar una síntesis exhaustiva de la literatura disponible en relación a los trastornos del sueño que sufren los cuidadores informales de pacientes dependientes, con el fin de esclarecer estas cuestiones para mejorar su calidad del sueño con una temprana detección.

## 2. OBJETIVO

Realizar una síntesis exhaustiva de la literatura disponible con el fin de estimar la prevalencia de trastornos del sueño en cuidadores informales.

## 3. METODOLOGÍA

### 3.1 Búsqueda bibliográfica

Esta revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis se realizó siguiendo las pautas Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (22) y las recomendaciones del Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de intervenciones (23).

Se realizó una búsqueda sistemática a través de las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, sin limitación de tiempo, desde su inicio hasta noviembre de 2021. Siguiendo la estrategia de diseño de búsquedas PICO (del inglés: population, intervention, comparison, outcome) y combinando los términos booleanos AND y OR se obtuvo la siguiente estrategia de búsqueda: (“Caregivers” OR “family caregivers” OR “informal caregivers” OR “informal carer”) AND (“sleep disturbances” OR “sleep disorders” OR “sleep quality”) AND (“systematic review”), recogida en la Tabla 1. Esta búsqueda se realizó independientemente por dos revisores utilizando el gestor de referencias Mendeley v.1.19.8.

**Tabla 1.** Estrategia de búsqueda de acuerdo a normas PICO

<i>Keywords</i>	
<i>Population</i>	“Caregivers”, “family caregivers”, “informal caregivers”, “informal carer”
<i>Intervention</i>	“sleep disturbances”, “sleep disorders”, “sleep quality”
<i>Comparison</i>	
<i>Outcome</i>	



### **3.2 Criterios de selección**

Los criterios de inclusión requerían que los estudios fuesen revisiones sistemáticas o metaanálisis, estuviesen en inglés o en español y estudiaran la prevalencia de los trastornos del sueño en cuidadores informales. En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron aquellos formatos diferentes a artículos publicados (resúmenes, tesis doctorales, etc.), estudios escritos en otras lenguas, estudios que no reportasen la variable objeto de estudio y aquellos estudios que incluyesen población enferma.

### **3.3 Extracción de datos**

Los siguientes datos de los estudios incluidos se extrajeron en una tabla *Ad Hoc* (Tabla 2): nombre del primer autor y año de publicación, país de realización, número de sujetos incluidos y características de estos (edad, sexo y características principales), duración del seguimiento del estudio, tipos de medidas utilizados para los resultados y resultados obtenidos. La extracción de datos se realizó por un investigador (LPC) y se revisó por un segundo investigador (ISD) y los desacuerdos se resolvieron por consenso. Se utilizó el programa Excel v.17.0 para la extracción de datos.

### **3.4 Variable resultado**

Tras la extracción de datos, se procedió a la definición de las variables resultado, apoyándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) la cual utiliza un código alfanumérico para llevar a cabo su clasificación, de acuerdo con el sistema de clasificación CIE-10, la variable resultado principal objeto de esta revisión de revisiones fue el estudio de la prevalencia, definida como el número de sujetos afectados sobre el total de la muestra estudiada de los siguientes trastornos: insomnio, hipersomnias, trastornos circadianos del sueño, apnea del sueño, narcolepsia y cataplejía, parasomnias, trastornos del movimiento relacionados con el sueño y otros trastornos (24).

### **3.5 Valoración de la calidad metodológica**

Para evaluar el riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas y metaanálisis incluidos, se utilizó la herramienta AMSTAR-2. Esta cuenta con 16 ítems, cada uno de ellos referido a un aspecto metodológico del estudio analizado. Las puntuaciones son las siguientes: “no” (0 puntos), cuando el estudio no cumplía los criterios, “sí” (1 punto), cuando el estudio cumplía todos los criterios o “sí parcial” (0.5 puntos), cuando los estudios tenían parcialmente los ítems puntuados.

Los estudios se calificaron como excelentes (15-16 puntos), muy buenos (12-14 puntos), buenos (9-11 puntos), aceptables (6-8 puntos) o deficientes (3-5 puntos) (25). Dos revisores (LPC e ISD) realizaron la evaluación de la calidad de forma independiente.

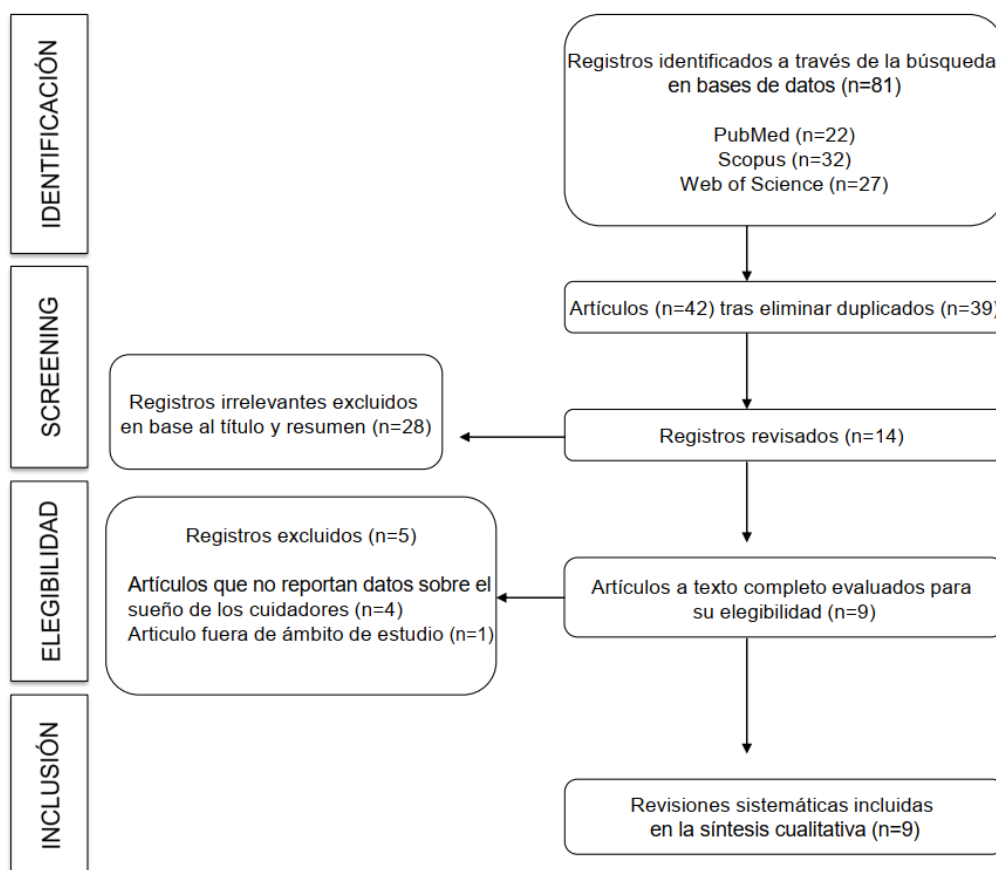
### 3.6 Consideraciones éticas

Dado que no se recogerán datos primarios de pacientes, sino que analizamos estudios previos, y de acuerdo con la Declaración de Helsinki (26), no será necesaria la aprobación del comité de ética para este estudio, puesto que los datos originales ya fueron en su momento aprobados por el comité ético correspondiente.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Revisión de revisiones sistemáticas

Los detalles sobre el proceso de la búsqueda y selección de los estudios se muestran en la figura 1. Según la búsqueda sistemática realizada en las diferentes bases de datos nombradas con anterioridad, se encontraron un total de 81 estudios, tras la eliminación de los estudios duplicados, 42 fueron elegidos para la revisión de título y resumen. En base a título y resumen se excluyeron 28 estudios, siendo 14 los estudios elegidos para la lectura de texto completo por su relación con el objeto de estudio. Finalmente, nueve estudios fueron elegidos para su inclusión en esta revisión de revisiones sistemáticas.



**Figura 1.** Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.

Los estudios incluidos fueron publicados entre 2008 y 2021 y se realizaron en cuatro países diferentes, tres en Australia (15,17,20), dos en Canadá (16,18), tres en los Estados Unidos (7,12,21) y uno en Reino Unido (19). Los estudios incluidos fueron revisiones sistemáticas, dos ellos incluían además síntesis cuantitativa o meta-análisis (12,17). Las características de las revisiones incluidas se encuentran sintetizadas en la Tabla 2.

El número de estudios incluidos en las revisiones objeto de estudio se encontraba entre 15 y 40 estudios. Entre estos estudios, de media, el 70'6% de la población incluida eran mujeres, variando la edad de las muestras entre 27 y 82 años. Sin embargo, es importante recalcar que, de las nueve revisiones incluidas, cinco no reportaban el sexo de sus muestras poblacionales.

Las revisiones incluidas en esta revisión utilizaron en su mayoría una combinación de medidas objetivas y subjetivas para valorar la cantidad y calidad de sueño de los participantes. La actigrafía y el Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) son las dos medidas más utilizadas por los investigadores.

La actigrafía es una medida objetiva del sueño/vigilia, utilizada para medir el descanso y la actividad del sujeto. Es una medida sensible y no invasiva de la actividad que se lleva a cabo colocando un acelerómetro en la muñeca del paciente (12). Por otra parte, la polisomnografía es una herramienta que mide el sueño mediante electroencefalografía, movimientos oculares y tono muscular (12); se trata del estándar de oro o la medida más adecuada a utilizar en la medición del sueño (15) pero es, sin embargo, muy complicada de realizar en los domicilios de los pacientes (16). Un estudio incluido en esta revisión utilizó la polisomnografía (12).

El PSQI es un cuestionario autocalificado subjetivo del sueño, que evalúa la calidad del sueño durante el último mes (12). Tiene una puntuación de 0-21, donde las puntuaciones más altas indican una peor calidad del sueño (17,18). Algunos estudios incluidos también utilizaron otras medidas subjetivas de valoración del sueño como la escala de somnolencia de Epworth (ESS) (7,15,18). Esta escala mide la somnolencia y las posibilidades de quedarse dormido en ocho situaciones cotidianas diurnas. Otras medidas subjetivas utilizadas en menor medida han sido cuestionarios y escalas como: Medical Outcomes Study, Sleep habits questionnaire, general Sleep Disturbance Scale, 24-hour Sleep Patterns Interview (17), escala general de alteraciones del sueño, functional outcomes of sleep questionnaire short, índice de gravedad de insomnio y subescala del symptom checklist 90 (7), entrevistas semiestructuradas abiertas (15) o diarios de sueño (17).

Entre los nueve estudios incluidos en esta revisión de revisiones se encuentran diferentes tipos de cuidadores informales. Cinco estudios incluían como población principal cuidadores informales de pacientes adultos y cuatro estudios de pacientes pediátricos. En cuanto a las revisiones centradas en los cuidadores informales de pacientes pediátricos encontramos diferentes tipos de pacientes con distintas necesidades: pacientes pediátricos que dependen de la tecnología médica como ventilación mecánica, traqueotomía, oxígeno domiciliario, alimentación enteral, diálisis renal o bomba de insulina (16), pacientes pediátricos con necesidades médicas como discapacidades, parálisis cerebral, cáncer, epilepsia, diabetes, enfermedad respiratoria o ventilación mecánica (17), pacientes pediátricos con discapacidades del neurodesarrollo (18) y pacientes pediátricos con condiciones limitadas para la vida como parálisis cerebral, epilepsia, distrofias musculares, encefalopatía, cáncer o enfermedades del corazón (19). Las cinco revisiones restantes tienen como población objeto cuidadores informales de pacientes adultos, en cuatro de las revisiones incluidas pacientes con cáncer (7,15,20,21), en otra revisión pacientes con demencia (12) y por último en otra revisión pacientes críticos ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (7).

En referencia al objetivo principal de esta revisión, la prevalencia de los trastornos del sueño en los cuidadores informales mostrada por los estudios incluidos oscila entre el 51-100%, siendo la mediana de estas estimaciones el 75%. Sin embargo, existen estudios (12,17–20) que a pesar de estudiar la prevalencia y comentar la calidad y cantidad del sueño, estos no reportan datos cuantitativos.

A la luz de los resultados de los estudios incluidos se ha estimado la media aproximada de las horas que duermen los cuidadores al día en 5'98h al día medidas con actigrafía, diarios de sueño o polisomnografía. Siendo los cuidadores informales de pacientes con cáncer avanzado, los que mostraban una menor cantidad de horas de sueño, 4'5h (15). La calidad del sueño medida a través de la realización del cuestionario PSQI, resultaba en nueve de los estudios incluidos en una mala calidad del sueño general para los cuidadores informales. Por otra parte, la eficiencia del sueño fue medida en cuatro de los nueve estudios con actigrafía, polisomnografía y el PSQI está en una media del 85%, teniendo un menor porcentaje los cuidadores de pacientes con cáncer (21).

#### **4.2 Calidad metodológica de los estudios incluidos**

Según la evaluación de la calidad metodológica de las revisiones incluidas a través de la herramienta AMSTAR 2, el 33.3% de las revisiones sistemáticas obtuvo una puntuación aceptable, el 55.5% tuvo una buena calidad metodológica y el 11.1% tuvo una muy buena calidad metodológica (ver Anexo 1). Cuando se analizaron los dominios individuales, la mayoría de los estudios presentaban deficiencias en la notificación de la lista de estudios excluidos e incluidos.

**Tabla 2: Características de los estudios incluidos**

Referencia	Años	N	Características de la población			Resultados				
			Edad (años)	Sexo (% mujeres)	Características	Duración del seguimiento	Tipo de medidas	Resultados	Calidad (AMSTAR-2)	Prevalencia problemas del sueño
<b>Byun, et al. 2016</b>	2013-2016	22	27-82	68	Cuidadores adultos de pacientes con cáncer, demencia, Parkinson, paliativos, trasplante, etc.	PSQI: un mes Escala GSDS: una semana Actigrafía: desde una noche a más de dos semanas	PSQI (n=14) GSDS (n=3) ESS (n=1) FOSQ-10 ISI SCL-90 Actigrafía (n=6)	La actigrafía indica una corta duración del sueño, frecuentes despertares nocturnos y trastornos del sueño.  Cuidadores informaron de somnolencia diurna y deterioro de las actividades diarias.	Aceptable	76%
<b>Gao, et al. 2019</b>	1999-2018	Síntesis cualitativa (n= 33) Síntesis cuantitativa (n=15)	57-69	76.7	Cuidadores de pacientes con demencia	1 mes	Polisomnografía Actigrafía PSQI	Los cuidadores experimentan un sueño más corto y de peor calidad que los adultos no cuidadores de la misma edad.	Muy bueno	ND
<b>Hartley, et al. 2021</b>	1996-2020	25	ND	ND	Cuidadores familiares de niños con enfermedades que limitan la vida	ND	ND	Los trastornos del sueño fueron registrados como un efecto en 25 de los 81 estudios incluidos, sin poder precisar si la causa de estos era la necesidad de cuidados nocturnos o la carga psicológica, a pesar de que se encontraron asociaciones con ansiedad, depresión o estrés, síntomas muy relacionados con los trastornos del sueño.	Bueno	ND

<b>Jeon, et al. 2017</b>	2013	1	ND	ND	Cuidadores familiares de pacientes con tumor cerebral	1 o 2 meses tras el diagnóstico	Actigrafía PSQI	Los cuidadores tardaron más en dormirse, durmieron menos tiempo, despertares frecuentes y mala calidad del sueño.	Bueno	ND
<b>Keilty, et al. 2015</b>	1988-2013	13	29 - 50	ND	Cuidadores familiares de niños que dependen de la tecnología medica	ND	Actigrafía PSQI	Los cuidadores familiares de estos niños no tienen un sueño normal ni en cantidad ni en calidad.	Bueno	51-100%
<b>Maltby, et al. 2017</b>	2000-2015	10	47 - 66	75	Cuidadores adultos informales de pacientes con cáncer avanzado	Entre 48-72h hasta varios días	Actigrafía (n=6) PSQI (n=8) ESS (n=2) Preguntas de entrevista semiestructurada abierta (n=2)	Alto porcentaje de cuidadores experimentaron alteraciones del sueño, gran reducción del tiempo total del sueño.	Aceptable	72%
<b>Micsinszki, et al. 2018</b>	1991-2015	33	30 - 54	ND	Cuidadores familiares de niños con discapacidades del neurodesarrollo	ND	PSQI (n=10) ESS Actigrafía	Los padres de niños con discapacidades del neurodesarrollo tienen peor calidad del sueño. Hay menos certezas en cuanto a las diferencias de calidad del sueño, la somnolencia y la fatiga debido a la falta de estudios.	Bueno	ND

<b>Swore Fletcher, et al. 2008</b>	1997-2006	20	36-82	63	Cuidadores familiares de pacientes con cáncer	ND	Actigrafía PSQI	Niveles moderados de alteración del sueño, los cuidadores informan de una media superior del sueño en comparación con la actigrafía, gran relación entre niveles altos de trastornos del sueño y depresión, ansiedad, fatiga e ira.	Aceptable	74-80%
<b>Vicent, et al. 2021</b>	2005-2019	Síntesis cualitativa (n=40) Síntesis cuantitativa (n=16)	29 - 46	ND	Cuidadores de niños que tienen necesidades médicas.	ND	PSQI (n=33) Diarios de sueño (n=5) Escala de sueño del Medical Outcomes Study (n=1) Sleep Habits Questionnaire (n=1) General Sleep Disturbance Scale (n=1) 24-Hour Sleep Patterns Interview (n=2) Actigrafía (n=10)	Alteración del sueño con menor duración, latencia del sueño más larga y alteraciones clínicas del sueño.	Bueno	ND

*ESS= Escala de somnolencia de Epworth; FOSQ-10= Functional outcomes of sleep questionnaire-short; GSDS= Escala general de alteraciones del sueño; ISI= Índice de gravedad de insomnio; N= tamaño de la muestra; ND= no disponible; PSQI= Índice de calidad del sueño de Pittsburgh; SCL-90= Subescala del Symptom Checklist 90*

## 5. DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, ninguna revisión sistemática y meta-análisis anterior había tratado de estimar la prevalencia de trastornos del sueño específicos en una población tan vulnerable y amplia como son los cuidadores informales. Esta revisión de revisiones trata de aportar una amplia visión de la prevalencia de trastornos del sueño en cuidadores informales pudiendo, concluir que entre un 51 y un 100% de los cuidadores informales padecen trastornos del sueño, estando la mediana de estos valores en un 75% aproximado, siendo este tipo de trastornos más prevalentes en los cuidadores informales de pacientes con cáncer (7,15,20,21). Sin embargo, uno de los más importantes hallazgos de esta revisión de revisiones es la falta de estudios sobre el tema, puesto que cinco estudios no reportan datos de prevalencia o no reportan datos de prevalencia de trastornos específicos, de acuerdo con el sistema de clasificación CIE-10 (12,17–20).

Estudios previos estiman la prevalencia de trastornos del sueño en la población general en un 45% (5) frente al 75% de media en cuidadores informales. Esto puede ser debido a la sobrecarga física y emocional del cuidador, normalmente los cuidadores informales son familiares por lo que la relación afectiva influye en el aumento de los pensamientos negativos y preocupaciones por el paciente (8,10,15). La población de cuidadores informales incluida en las revisiones antes mencionadas tiene una edad media de 50 años, por lo que, además, son personas activas laboralmente, lo que hace que tengan que compaginar los cuidados al enfermo, al que se dedica mucho tiempo y energía, y su trabajo; reduciendo así el tiempo que tienen para dormir (8,15).

Así, los cuidadores informales de pacientes enfermos son personas con mayor riesgo de padecer trastornos del sueño por lo anteriormente mencionado, pero además, según las revisiones incluidas, existen más factores que pueden afectar su sueño: los cuidados continuos que necesitan los enfermos como la administración de medicación durante la noche, el manejo de la tecnología médica o la asistencia que necesiten, por ejemplo a la hora de realizar el aseo; o los despertares nocturnos del enfermo y sus posibles patrones de sueño anormales hacen que el cuidador no pueda tener un sueño seguido de buena calidad (7,12,15–19,21). Además, cuadros agudos o crónicos de ansiedad y depresión, probablemente relacionados con los factores comentados anteriormente, se repiten en la mayoría de los cuidadores informales estudiados (7,12,15–19,21).

La medición de la calidad y duración del sueño se lleva a cabo mediante medidas objetivas como la actigrafía o polisomnografía y subjetivas como las medidas de autoinforme de sueño, por ejemplo, a través de cuestionarios o entrevistas. Sin embargo, estas mediciones tienen sus limitaciones. Por un lado, la actigrafía puede sobreestimar la duración del sueño porque clasifica la vigilia tranquila como sueño (17), por otro lado, la polisomnografía, aun siendo el estándar de oro en la medición del sueño, es muy complicada de realizar en los domicilios de los pacientes debido a que es una prueba en la que se necesita un técnico, aislamiento acústico y lumínico y control de temperatura (16,27). En cuanto a las medidas subjetivas como las medidas de autoinforme, estas resultan sensibles al sesgo del recuerdo y normalmente recogen la información del mes anterior, por lo que los datos son para un instante en el tiempo (17) y los cuestionarios como la ESS pueden tener preguntas muy específicas y el resultado de las posibilidades de quedarse dormido en situaciones diarias no sean reales (15).



Estos inconvenientes hacen que la medición de la duración y calidad del sueño sea difícil de realizar de manera efectiva y fiable y estos junto con la poca importancia que se da al sueño, especialmente en pacientes que consideramos a priori sanos, como serían los cuidadores informales, hace que el diagnóstico de los trastornos del sueño en esta población sea complejo y tardío. Además, es importante recalcar que estas circunstancias pueden ser la clave del escaso estudio de las prevalencias de los distintos trastornos del sueño en los cuidadores informales, por lo que la estandarización de las herramientas utilizadas para valorar la calidad como la cantidad de sueño ayudaría a una mejor detección de los trastornos del sueño y favorecería que se pudiera producir una evidencia más fuerte y mejor sustentada no solo en este tipo de población.

El papel de los profesionales de enfermería es básico para aportar un soporte a personas con dependencia, así como a sus cuidadores, mejorar la eficacia de los recursos formales e informales destinados a las personas dependientes facilitara que estos puedan tener acceso a ellos (28). Así, el papel de la enfermería en los trastornos del sueño en cuidadores informales es crucial ya que es el personal que más cerca suele estar del paciente enfermo, al actuar como vínculo entre este y el sistema sanitario, lo cual le permite, a su vez estar en contacto directo con el cuidador informal, permitiéndole detectar de forma precoz posibles síntomas o problemas en su rol de cuidados (28). De esta forma, estimaciones más precisas de la prevalencia de trastornos del sueño en cuidadores informales, permitirían a los profesionales sanitarios clasificar fundamentalmente a los cuidadores informales como una población especialmente vulnerable a este tipo de trastornos, favoreciendo así un estado de alerta que permita una detección y abordaje precoz.

La consulta de enfermería en atención primaria es una de las estrategias que puede ser utilizada por los profesionales de enfermería para diagnosticar y decidir consecuentemente qué es lo que debe aconsejar al paciente/familia: aprendizaje de técnicas, cuidados específicos, enviarlo a otra especialidad, etc. (29) (ver Anexo 2). Así, además de un diagnóstico precoz, a través de la consulta de enfermería con cuestionarios autoadministrados como el PSQI y el ESS (ver Anexo 3 y 4) se pueden llevar a cabo intervenciones no farmacológicas cuya eficacia ha sido constatada en el manejo de los trastornos del sueño; algunos ejemplos podrían ser la educación, higiene del sueño o la relajación y manejo del estrés (12,13,16,21).

Por un lado, la higiene del sueño consiste en la implementación de modificaciones del comportamiento a través de la modificación de prácticas y factores ambientales que pueden afectar a la calidad del sueño, siendo la educación el pilar de este tipo de intervenciones (28). Se pueden encontrar las siguientes recomendaciones: limitar siestas diurnas, asegurar una exposición adecuada de luz, ruido y temperatura, evitar productos con cafeína, nicotina, alcohol, comidas copiosas o el ejercicio intenso las horas antes de dormir, mantener un dormitorio tranquilo y con cama cómoda, evitar utilizar la cama para tareas que no sean dormir o practicar sexo y mantener unos horarios de vigilia-sueño regulares (30).

Por otro lado, otra de las intervenciones no farmacológicas que se podrían aplicar sería, la terapia cognitivo conductual, la cual de acuerdo con el estudio de Swore et al. (2008) fue la más efectiva en la mejoría de la calidad del sueño de los cuidadores informales. Esta consta de la educación al replanteamiento de los pensamientos, control de estímulos como asociar la cama al dormitorio y al sueño, la restricción del sueño limitando el tiempo en la cama al tiempo de sueño y la relajación (13,21).

Estas intervenciones no farmacológicas tienen un bajo coste y son fáciles de aplicar (12), además de haberse probado su eficacia al reportarse mejoría en la puntuación del sueño y en el insomnio (21) y una mejor calidad del sueño (12). Este tipo de intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo por profesionales enfermeros con un diagnóstico precoz podría mejorar tanto la calidad del sueño como la calidad de vida de los cuidadores informales, además de evitar en la medida de lo posible tratamientos farmacológicos. Además, desde un punto de vista epidemiológico, es importante que la población general conozca la importancia de tener un sueño adecuado y de solicitar ayuda a los servicios sanitarios cuando comiencen a mostrar sintomatología, para lo cual se podrían realizar campañas de prevención informando sobre los distintos trastornos que se pueden padecer y las consecuencias que puede tener una mala calidad del sueño.

En esta revisión de revisiones sistemáticas existen también limitaciones a comentar:

- La búsqueda de los estudios solo se realizó en inglés y castellano por lo que artículos publicados en otros idiomas han quedado excluidos de la revisión.
- La calidad de los estudios, el 33.3 % de las revisiones sistemáticas obtuvo una puntuación aceptable, por lo que los resultados de esta revisión de revisiones deben ser interpretados con cautela.
- La heterogeneidad en la clasificación de los trastornos del sueño y los instrumentos de medida de estos.
- Las deficiencias encontradas en los estudios publicados ya que cinco de los estudios incluidos no reportan datos cuantitativos de la prevalencia de los trastornos del sueño en cuidadores informales a pesar de ser este su objetivo de estudio.
- En cinco estudios incluidos no reportan datos sobre la duración de la medición del sueño en cuidadores, por lo que podría no ser representativa la calidad o cantidad del sueño de estas personas.

## **6. CONCLUSIÓN**

Los resultados obtenidos en esta revisión de revisiones sistemáticas concluyen con los cuidadores informales tienen una prevalencia más alta de trastornos del sueño que la población general, especialmente los cuidadores informales de pacientes oncológicos. Sin embargo, se requieren más estudios que analicen en profundidad la prevalencia de cada tipo de trastorno de sueño en los cuidadores informales, para que, una mayor evidencia científica soporte estos indicios de una mayor vulnerabilidad y que esta mantenga en alerta al personal sanitario para detectar y prevenir que aparezcan y se cronifiquen los trastornos del sueño. La enfermería tiene un papel fundamental para poder identificar problemas con el sueño de los cuidadores porque es el profesional que funciona como vínculo entre el paciente dependiente y su cuidador y el sistema sanitario, siendo así el profesional sanitario que se encuentra más en contacto con los pacientes. Estos profesionales pueden ayudar a los cuidadores con diferentes técnicas como, una buena higiene del sueño e intervenciones para prevenir un trastorno del sueño más grave.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Keenan SA, Hirshkowitz M, Casseres H. Monitoring and Staging Human Sleep. *Encycl Sleep*. 2013;71–9.
2. Coleman J. Overview of sleep disorders: Where does obstructive sleep apnea syndrome fit in? *Otolaryngol Clin North Am*. 1999;32(2):187–93.
3. Marín Agudelo HA, Franco AF, Vinaccia Alpi S, Tobón S SB. Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. Artículos en PDF Dispon desde 1994 Hast 2013 A partir 2014 visítenos en [www.elsevier.es/sumapsicol](http://www.elsevier.es/sumapsicol) [Internet]. 2008;15(1):217–40. Available from: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/24/9>
4. K. Pavlova M, Latreille V. Sleep Disorders. *Am J Med*. 2019;132(3):292–9.
5. Ljungberg L. Narkotikaproblemen måste angripas universellt på bred front. *Lakartidningen*. 1966;63(52):4981–4.
6. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*. 2014;9(8).
7. Byun E, Lerdal A, Gay CL, Lee KA. How Adult Caregiving Impacts Sleep: a Systematic Review. *Curr sleep Med reports*. 2016;2(4):191–205.
8. Cantillo M, Lleopart T, Ezquerra S. Informal care in times of crisis. Analysis from the nursing perspective. *Enferm Glob*. 2018;17(2):529–41.
9. Tur-Sinai A, Teti A, Rommel A, Hlebec V, Lamura G. How many older informal caregivers are there in europe? Comparison of estimates of their prevalence from three european surveys. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):1–17.
10. Peña-Ibáñez F, Álvarez-Ramírez MÁ, Melero-Martín J. Caregiver burden in the informal care of immobilised patients in a urban health district. *Enferm Glob*. 2016;15(3):100–11.
11. Kotronoulas G, Wengström Y, Kearney N. Sleep patterns and sleep-impairing factors of persons providing informal care for people with cancer: A critical review of the literature. *Cancer Nurs*. 2013;36(1):1–15.
12. Gao C, Chapagain NY, Scullin MK. Sleep Duration and Sleep Quality in Caregivers of Patients With Dementia A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw OPEN*. 2019;2(8).
13. Langford DJ, Lee K, Miaskowski C. Sleep disturbance interventions in oncology patients and family caregivers: A comprehensive review and meta-analysis. *SLEEP Med Rev*. 2012;16(5):397–414.
14. Masalan A MP, Del Río C MP, Yáñez C AC, Ximena Araya A, Molina Y. Intervención cognitivo-conductual para trastornos del sueño en adultos mayores. *Enfermería Univ*. 2018 Mar 6;15(1).
15. Maltby KF, Sanderson CR, Lobb EA, Phillips JL. Sleep disturbances in

- caregivers of patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliat Support Care*. 2017;15(1):125–40.
16. Keilty K, Cohen E, Ho M, Spalding K, Stremler R. Sleep disturbance in family caregivers of children who depend on medical technology: A systematic review. *J Pediatr Rehabil Med*. 2015;8(2):113–30.
  17. Vincent GE, Kovac K, Sprajcer M, Jay SM, Reynolds AC, Dorrian J, et al. Sleep Disturbances in Caregivers of Children With Medical Needs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Heal Psychol*. 2021;40(4):263–73.
  18. Micsinszki SK, Ballantyne M, Cleverley K, Green P, Stremler R. Sleep Outcomes for Parents of Children With Neurodevelopmental Disabilities: A Systematic Review. *J Fam Nurs*. 2018;24(2):217–49.
  19. Hartley J, Bluebond-Langner M, Candy B, Downie J, Henderson EM. The physical health of caregivers of children with life-limiting conditions: A systematic review. *Pediatrics* [Internet]. 2021;148(2). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85113415469&doi=10.1542%2Fpeds.2020-014423&partnerID=40&md5=1b11f17c22cd42c58d15b7e5f3da5bfa>
  20. Jeon MS, Dhillon HM, Agar MR. Sleep disturbance of adults with a brain tumor and their family caregivers: A systematic review. *Neuro Oncol* [Internet]. 2017;19(8):1035–46. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85026914411&doi=10.1093%2Fneuonc%2Fnox019&partnerID=40&md5=547d0624d618a87239541539f1617632>
  21. Swore Fletcher BA, Dodd MJ, Schumacher KL, Miaskowski C. Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2008;35(2):E23-44. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-65349104748&doi=10.1188%2F08.ONF.E23-E44&partnerID=40&md5=4349958bd7fc3b27423f7af095db238b>
  22. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of Observational Studies. 2000;1–5.
  23. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - Google Libros [Internet]. [cited 2022 May 3]. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cTqyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=\(Higgins+JPT,+Thomas+J,+Chandler+J,+Cumpston+M,+Li+T,+Page+MJ,+Welch+VA+\(editors\).+Cochrane+Handbook+for+Systematic+Reviews+of+Interventions+version+6.2+\(updated+February+2021&ots=tkGzdtImm&sig=aKCXKLrSn7aTY\\_MGy9j2TjXE-CI#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=cTqyDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR3&dq=(Higgins+JPT,+Thomas+J,+Chandler+J,+Cumpston+M,+Li+T,+Page+MJ,+Welch+VA+(editors).+Cochrane+Handbook+for+Systematic+Reviews+of+Interventions+version+6.2+(updated+February+2021&ots=tkGzdtImm&sig=aKCXKLrSn7aTY_MGy9j2TjXE-CI#v=onepage&q&f=false)
  24. eCIE-Maps - CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. [cited 2022 May 3]. Available from: [https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_mc.html#search=SUEÑO&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1646679057019&indiceAlfabetico=expand-0a70523a70533&listaTabular=G47.8&expand=1&clasificacion=cie10mc&](https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html#search=SUEÑO&flags=111100&flagsLT=11111111&searchId=1646679057019&indiceAlfabetico=expand-0a70523a70533&listaTabular=G47.8&expand=1&clasificacion=cie10mc&)

version=2010&id=70533

25. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017;358:1–9.
26. Manzini JL. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. *Acta Bioeth*. 2000;6(2):321–34.
27. Armengol S, Bernal C, García R. Polisomnografía, poligrafía, oximetría. Requisitos e interpretación de resultados. *Man diagnóstico y Ter en Neumol*. 2006;(12):199–210.
28. Carmen Ubiergo Ubiergo M, Regoyos Ruiz S, Victoria Vico Gavilán M, Reyes Molina R. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enferm Clin*. 2005;15(4):199–205.
29. Sotto Mayor M, Sequeira C, García B. Nursing consultation to informal caregivers: Diagnostic tools and intervention. *Gerokomos*. 2013;24(3):115–9.
30. García López S, Navarro Bravo y B. Higiene del sueño en universitarios: conocimientos y hábitos. *Rev Clínica Med Fam [Internet]*. 2017;10(1):170–8. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2017000300170&lng=es&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2017000300170](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000300170&lng=es&nrm=iso&tlng=pt%0Ahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2017000300170)
31. Pittsburg C. Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño. 7:1–7.
32. Id N, Edad F. Cuestionario de Somnolencia Diurna de Epworth. :4–6.

## 8. ANEXOS

**Anexo 1:** Tabla A1. Calidad metodológica de los estudios medida a través de la escala AMSTAR-2

	Byun, et al. (2016)	Gao, et al. (2019)	Hartley, et al. (2021)	Jeon, et al. (2017)	Keilty, et al. (2015)	Maltby, et al. (2017)	Micsinszki, et al. (2018)	Swore Fletcher, et al. (2008)	Vicent, et al. (2021)
<b>1</b>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<b>2</b>	Si parcial	Si	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si
<b>3</b>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<b>4</b>	Si parcial	Si	Si parcial	Si	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial
<b>5</b>	ND	Si	ND	No	Si	No	Si	No	Si
<b>6</b>	ND	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<b>7</b>	No	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial	Si parcial	No	Si parcial
<b>8</b>	Si	Si	Si parcial	Si parcial	Si	Si parcial	Si parcial	Si	Si
<b>9</b>	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	ND	Si
<b>10</b>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
<b>11</b>	ND	Si	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Si
<b>12</b>	ND	Si	ND	ND	ND	ND	ND	ND	Si
<b>13</b>	No	ND	Si	Si	Si	No	Si	No	Si
<b>14</b>	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No
<b>15</b>	ND	Si	ND	ND	ND	ND	ND	ND	No
<b>16</b>	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No
<b>Rating</b>	Aceptable	Muy bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Aceptable	Bueno	Aceptable	Bueno

ND: no disponible

**Anexo 2:** Diagnósticos NANDA de enfermería relacionados con los trastornos del sueño

<b>Dominio</b>	<b>Diagnósticos</b>
Actividad / Reposo	Insomnio Trastorno del patrón del sueño Deprivación del sueño Disposición para mejorar el sueño

**Anexo 3:** Cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) (31)

Instrucciones:

Las siguientes cuestiones solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cual ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las cuestiones.

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

2.- ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (Marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 min	Entre 16-30 min	Entre 31-60 min	Más de 60 min

3.- Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4.- ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

5.- Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted 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 servicio:

- 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:

- 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 sueño?

- Muy buena
- Bastante buena
- Bastante mala

Muy 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

Sólo un leve problema

Un problema

Un grave problema

**10.-** ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo

Con alguien en otra habitación

En la misma habitación, pero en otra cama

En la misma cama

#### **Anexo 4:** Escala de somnolencia de Epworth (ESS) (32)

Este cuestionario pretende valorar la facilidad para amodorrarse o quedarse dormido en cada una de las diferentes situaciones. Aunque no haya vivido alguna de estas situaciones recientemente, intente imaginar cómo le habría afectado.

##### 1.- Sentado y leyendo

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

##### 2.- Viendo la TV

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

##### 3.- Sentado, inactivo en un lugar público (ej.: cine, teatro, conferencia, etc.)

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

##### 4.- Como pasajero de un coche en un viaje de 1 hora sin paradas

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

##### 5.- Estirado para descansar al mediodía cuando las circunstancias lo permiten

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

##### 6.- Sentado y hablando con otra persona

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d)Alta probabilidad de tener sueño

7.- Sentado tranquilamente después de una comida sin alcohol

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

8.- En un coche, estando parado por el tránsito unos minutos (ej.: semáforo, retención...)

- a) Nunca tengo sueño
- b) Ligera probabilidad de tener sueño
- c) Moderada probabilidad de tener sueño
- d) Alta probabilidad de tener sueño

Baremación del cuestionario:

Asigne los siguientes puntos a cada situación:

0 puntos: Nunca

1 Punto: Ligera

2 Puntos: Moderada

3 Puntos: Alta

Suma total: .....

Si su puntuación es inferior a 6 puntos su somnolencia diurna es baja o ausente; si está comprendida entre 7 y 8, se encuentra en la media de la población y si es superior a 9 su somnolencia es excesiva y debe consultar a un especialista.