

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"CALIDAD DE SUEÑO EN MUJERES Y HOMBRES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO."
TESIS DE GRADO

ANA CRISTINA BARAHONA ROLDÁN
CARNET 10770-11

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"CALIDAD DE SUEÑO EN MUJERES Y HOMBRES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO."

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
ANA CRISTINA BARAHONA ROLDÁN

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, DICIEMBRE DE 2015
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.

VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS

SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS

VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO

SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY

DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GLORIA PATRICIA SAMAYOA AZMITIA

Guatemala, 26 de octubre de 2015

Señores

Consejo Facultad de Humanidades

Universidad Rafael Landívar

Ciudad

Estimados Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para presentar el informe final de la tesis titulada "Calidad de sueño en mujeres y hombres en la etapa del climaterio" de la estudiante Ana Cristina Barahona Roldán, carné 10770-11, de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica.

He revisado y acompañado el mismo, por lo que puedo asegurar que reúne las condiciones que exige la Facultad de Humanidades para estudios de esta naturaleza.

Asimismo, indicar que ha sido muy satisfactorio asesorar a la estudiante Barahona, ya que durante el desarrollo del trabajo mostró siempre una actitud positiva hacia la investigación, espíritu crítico y responsabilidad en su desempeño.

Atentamente,



Mgtr. Hilda Caballeros de Mazariegos

Asesora



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ANA CRISTINA BARAHONA ROLDÁN, Carnet 10770-11 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 05446-2015 de fecha 3 de diciembre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"CALIDAD DE SUEÑO EN MUJERES Y HOMBRES EN LA ETAPA DEL CLIMATERIO."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 3 días del mes de diciembre del año 2015.



Irene Ruiz Godoy

**MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por animarme a perseguir mis intereses y siempre apoyarme en la realización de mis metas.

A todos mis compañeros de carrera que contribuyeron en la elaboración de este estudio y su interés en el mismo.

A Mgtr. Hilda Caballeros Alvarado de Mazariegos por compartir sus conocimientos, tiempo y buenos ánimos durante el proceso.

ÍNDICE

Resumen	10
I. Introducción	11
1.1. Climaterio Femenino	22
1.1.1. Definición	22
1.1.2. Etapas del Climaterio	22
1.1.2.1. Perimenopausia	23
1.1.2.2. Menopausia	23
1.1.2.3. Postmenopausia	23
1.1.3. Síntomas de origen hormonal	24
1.1.3.1. Síntomas vasomotores	24
1.1.3.2. Síntomas vaginales	25
1.1.4. Síntomas de origen incierto	25
1.1.4.1. Síntomas urinarios	25
1.1.4.2. Síntomas mamarios	26
1.1.4.3. Síntomas cutáneos	27
1.1.4.4. Dolores musculares y articulares	27
1.1.4.5. Cefaleas	27
1.1.4.6. Irritabilidad y depresión	28
1.1.4.7. Sueño	30
1.1.4.8. Falta de concentración y pérdida de memoria	31
1.2. Climaterio Masculino	31

1.2.1. Definición	31
1.2.2. Cambios físicos	33
1.2.3. Cambios sexuales	34
1.2.4. Cambios psicológicos	35
1.3. Sueño	37
1.3.1. Definición	37
1.3.2. Etapas del sueño	38
1.3.2.1. Sueño REM	38
1.3.2.2. Sueño no-REM	39
1.3.3. Cambios en el sueño a lo largo del ciclo vital	40
II. Planteamiento del Problema	44
2.1. Objetivos	44
2.1.1. Objetivo general	44
2.1.2. Objetivos específicos	45
2.2. Variables	45
2.3. Definición de variables	46
2.3.1. Definición conceptual	46
2.3.2. Definición operacional	47
2.4. Alcances y límites	47
2.5. Aporte	48
III. Método	49
3.1. Sujetos	49
3.2. Instrumento	50

3.2.1. Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh	50
3.3. Procedimiento	51
3.4. Diseño de investigación	52
3.5. Metodología estadística	52
IV. Presentación de Resultados	53
4.1. Resultados descriptivos	53
4.1.1. Gráfica 1	53
4.1.2. Gráfica 2	53
4.1.3. Gráfica 3	54
4.1.4. Gráfica 4	55
4.1.5. Gráfica 5	56
4.1.6. Tabla 1	56
4.1.7. Tabla 2	57
4.1.8. Gráfica 6	58
4.1.9. Tabla 3	58
4.2. Resultados Comparativos	59
V. Discusión	63
VI. Conclusiones	68
VII. Recomendaciones	70
VIII. Referencias	72
Anexos	81

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer el nivel de calidad del sueño que presentan las mujeres y los hombres que atraviesan el periodo de climaterio. El diseño fue de tipo descriptivo bajo un diseño transeccional. Se contó con una muestra de 40 sujetos, separados en dos grupos, 20 mujeres y 20 hombres, cuyas edades se encontraban entre 45 y 55 años. Se les aplicó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, obteniendo así, la calidad de sueño para ambos grupos e información adicional por medio de los componentes, tales como: duración del sueño, alteraciones, uso de medicación, disfunción diurna, entre otros.

Entre los hallazgos se estableció que las mujeres cuentan con una mejor calidad de sueño que los hombres, ellas suelen demorar menos tiempo en conciliar el sueño comparado con ellos y el sueño de las mujeres dura 7 horas en promedio y 6 horas el de los hombres. Así también, se conoció que las mujeres constituyeron el grupo con mayor número de sujetos con uso de fármacos para conciliar el sueño y se identificó que la alteración que perturba principalmente el sueño de ambos grupos es sentir calor.

Por ello, se recomienda que las personas que se encuentran en el periodo del climaterio, opten hábitos saludables para tener mejor control de los síntomas y prevenir riesgos de enfermedades. De igual manera, es conveniente que estos sujetos conozcan sobre el climaterio y busquen el apoyo de profesionales en la salud durante esta etapa de vida.

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo del desarrollo humano, las personas pasan por diferentes etapas que forman parte del ciclo natural de la vida. Uno de los cambios que ocurren durante la adultez media es el proceso que conlleva el cese de la capacidad reproductiva, en mujeres llamado menopausia y en hombres andropausia. El proceso que antecede dicho cese se conoce como climaterio; este periodo representa una alteración a nivel físico y emocional en los individuos, especialmente porque están acompañados por una serie de afecciones que generan malestar a los sujetos.

Diversos son los síntomas que se presentan en la etapa de climaterio, sin embargo, hay síntomas específicos que ocurren tanto en las mujeres como en los hombres. Tal es el caso del sueño, el cual representa una necesidad básica para un funcionamiento óptimo en la vida del ser humano. Se conoce bien que el sueño es un área que se ve afectada en esta fase, no obstante, es de utilidad conocer a profundidad cómo ocurre este cambio en los individuos; es decir, conocer si se da de manera similar o si es significativamente diferente entre el grupo femenino y masculino.

Por lo que este estudio pretendió conocer la calidad del sueño que presentan las mujeres y los hombres que atraviesan el periodo de climaterio. Para ello resulta conveniente hacer hincapié en estudios nacionales realizados que han tenido como puntos centrales los temas de sueño, así como el climaterio femenino y masculino. Se encontraron únicamente seis investigaciones a nivel nacional con estos temas estudiados de manera reciente.

García (2009) realizó una investigación con el objetivo de evaluar la calidad de sueño que presentan los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional de Occidente en el departamento de Quetzaltenango, Guatemala. Para ello aplicó el Cuestionario Oviedo de Calidad de Sueño (COS) a 60 pacientes de ambos sexos hospitalizados en el área de medicina interna, 30 mujeres y 30 hombres. En este estudio se encontró que del 40% de la población contaban con insomnio, siendo mujeres el 62.5% y 37.5% hombres, aunque no existe diferencia estadísticamente significativa. De la población que presentó insomnio, el 23.3% fueron personas casadas, lo que sugiere fuertemente que las situaciones familiares o de esta índole representan gran peso como causa del insomnio. Se encontró que, entre las mujeres, la población mayoritariamente afectada era la que se encontraba entre los 20 y 40 años (el 53% de la población femenina) mientras que entre los hombres se observó una distribución igual desde los 20 años hasta mayores de 60 años. Entre las recomendaciones planteadas destacan el llevar a cabo evaluaciones constantes a los pacientes ingresados respecto al sueño, de modo que se identifiquen posibles patologías relacionadas a este tema; tomar en cuenta el grado de influencia de la estancia hospitalaria en la presencia de insomnio, así como el grado de acoplamiento de las personas al horario y ritmo hospitalario. De igual forma, capacitar al personal médico, psicológico y de enfermería para que tomen las pautas necesarias para la calidad del sueño como guía para evitar trastornos más graves en los pacientes y darles a conocer las técnicas para mejorar la calidad del sueño dentro del entorno hospitalario.

Asimismo, Sun (2012) realizó una investigación con el objetivo de determinar la calidad del sueño en los estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de

la Universidad Mariano Gálvez, Campus Central. Para ello aplicó el índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh a 306 estudiantes inscritos en el primer semestre y asignados el primer ciclo 2012 en la facultad de ciencias médicas y de la salud de la Universidad Mariano Gálvez en Guatemala. Se encontró que el 38% de los sujetos presentaron una mala calidad de sueño. Se demostró que el 60% de estudiantes que realizaron turnos tuvieron mala calidad de sueño, en tanto que el 16% de los estudiantes que no realizaron turnos tuvieron mala calidad de sueño. Se identificó que el 43% de la muestra no utilizó ninguna sustancia inductora o inhibidora del sueño. Los estudiantes que sí las utilizaron, recurrieron al té de tilo, valeriana, pasiflora, metocarbamol y diazepam para inducir el sueño; por otro lado, se utilizó cafeína, tiamina, nicotina y dulces para inhibir el sueño. Finalmente, se demostró que la rotación hospitalaria que presentó peor calidad de sueño en los estudiantes fue la de Cirugía.

Mazariegos (2013) llevó a cabo un estudio para determinar la relación entre la calidad de sueño y el estado nutricional de estudiantes de 18 a 25 años de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el Centro Universitario Metropolitano. Para la medición del sueño se optó por el uso de instrumentos de auto informe como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, el cual se aplicó a 147 estudiantes de ambos sexos, que cursaban el segundo año de medicina del Centro Universitario Metropolitano CUM de la Universidad de San Carlos de Guatemala. A través de este estudio se encontró que aproximadamente ocho de cada diez estudiantes tenían una mala calidad de sueño. Según la evaluación, los hombres tuvieron porcentajes más altos que las mujeres en cuanto a tener una mejor calidad de sueño. Se concluyó que sí existe relación de la calidad de sueño con el índice de masa corporal. La duración del sueño es el mayor determinante en la calidad del sueño y

su posterior clasificación. A menos horas de sueño y mayor índice de masa corporal, mayor probabilidad de ser un mal dormidor. De igual forma, el dormir más horas provoca una mejora en la calidad de sueño, así como de la disminución del índice de masa corporal; sin embargo, no se encontró relación del nivel de actividad física con la calidad de sueño.

Martínez (2014) realizó un estudio con el objetivo de determinar la calidad de sueño y la somnolencia diurna según el índice de calidad de sueño de Pittsburgh y la escala de somnolencia diurna de Epworth en los estudiantes de la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, durante los meses de abril a agosto de 2014. Para ello aplicó el índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y la Escala de Somnolencia diurna de Epworth a 216 estudiantes universitarios inscritos en la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, para el Ciclo Académico 2014 que cursaban del primer a sexto año en Chiquimula. Concluyó que el 71% de estudiantes mostró una mala calidad de sueño y un 29% presentó una buena calidad de sueño, demostrando que el 71% de la muestra utilizaba bebidas energéticas y/o sustancias estimulantes frecuentemente. Se encontró que la calidad de sueño estuvo afectada en todos los años académicos, sin embargo, cuarto y quinto año fueron los más afectados, con un 78% de estudiantes con mala calidad de sueño. En contraposición, sexto año obtuvo resultados diferentes al compararlo con los dos años que le preceden, puesto que solo el 11% de los estudiantes presentaron mala calidad de sueño. El 60% de los sujetos obtuvieron un resultado normal según la escala de somnolencia diurna de Epworth, un 30% contó con somnolencia diurna moderada y un 10% con somnolencia diurna intensa. Nuevamente, se encontró que el año académico con mayor alteración respecto a somnolencia diurna fue quinto año, con un 39% de estudiantes con somnolencia diurna

moderada y un 33% con somnolencia diurna intensa. Con los resultados obtenidos por ambos instrumentos, se determinó que existe un alto grado de asociación entre mala calidad de sueño y somnolencia diurna.

En cuanto al tema del climaterio, Toledo (2011) realizó una investigación con el objetivo de describir el bienestar psicológico en mujeres climatéricas, que asistieron a la clínica de la Asociación Pro Bienestar de la Familia Guatemalteca (APROFAM) de la Ciudad de Guatemala. Para ello aplicó la Escala de Bienestar Psicológico a 540 mujeres que estaban en la etapa del climaterio y solicitaron consulta en el área de ginecología mensualmente en la clínica de APROFAM en zona 1 de Guatemala. Concluyó que el 71% de las mujeres se encontraron ubicadas en un rango alto, demostrando que son personas que consideran tener una vida adecuada y un entorno agradable, se adaptan a situaciones nuevas y tienen una buena evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida. Los resultados relacionados al bienestar material, mostraron que el 49.25% se ubicaron dentro del rango promedio alto. Estas mujeres evidenciaron estar satisfechas con las condiciones en las que viven, consideran que tienen lo necesario para vivir, viven con cierto desahogo económico, creen tener una vida material asegurada, su situación económica actual es próspera y tienen una auto-aceptación con el nivel económico que han alcanzado. En el tema del bienestar laboral, el 73% obtuvo un puntaje en el rango alto, habiendo desempeñado actividades laborales de diverso reconocimiento socioeconómico y su trabajo ha sido para ellas un medio necesario para ganarse el sustento. Por otro lado, solamente el 30% de la muestra se ubicó en un rango alto en el bienestar de relaciones con la pareja, indicando que tienen una buena percepción de sus relaciones con su pareja, tienen una vida sexual que consideran

satisfactoria a pesar de los cambios físicos y algunas molestias durante el coito, logran disfrutar y relajarse con las relaciones sexuales.

Así también, Galindo (2012) llevó a cabo un estudio con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad que manejan las mujeres entre 40 a 55 años, durante el climaterio, de la Asociación de Mujeres Construyendo Futuro de la Comunidad Pomarosal, San Felipe, Retalhuleu Guatemala. Para el desarrollo de este estudio se aplicó el Inventario Autoevaluativo de Ansiedad a 25 mujeres que asistían a dicha asociación. Galindo encontró que el 76% de la muestra, es decir, 19 mujeres, mostraron un nivel alto de ansiedad debido a que se encuentran atravesando una etapa de la vida en la cual se presentan cambios físicos, sociales y culturales, los cuales ponen a prueba la capacidad psíquica para llevar a cabo los ajustes psicológicos y sociales, que les permitan mantener su equilibrio emocional y asimismo continuar su desarrollo. El restante 24% de las mujeres, se ubicaron en niveles medio y bajo de ansiedad, quienes manifestaron ser personas seguras, felices y que tienen confianza en sí mismas.

En un plano internacional, Sordia (2009) realizó una investigación con el objetivo de determinar si existe una relación entre la severidad de los síntomas presentados por mujeres menopáusicas y la incidencia de depresión entre estas pacientes. Se efectuó una evaluación de los síntomas asociados a la menopausia de acuerdo a la escala de Blatt-Kupperman a 865 pacientes con por lo menos un año de menopausia en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León en Monterrey Nuevo León, México. Posteriormente se aplicó el Cuestionario Clínico para el Diagnóstico de Síndrome Depresivo del Dr. Guillermo Calderón Narváez a la muestra. Sordia concluyó que existe una clara relación entre la severidad de los síntomas menopáusicos y la depresión, es decir, conforme aumentaba la

severidad de los síntomas de la menopausia, se incrementaba también la prevalencia de depresión. La prevalencia de depresión fue estadísticamente significativa en mujeres que refirieron una sintomatología menopausia severa. Por ende, independientemente que una mujer menopáusica se presente a consulta por síntomas climatéricos no relacionados a la esfera psíquica, la posibilidad de diagnosticar depresión depende fundamentalmente de la severidad de los síntomas y no del tipo de síntoma referido.

Por otro lado, Calcerrada, Medina, Sandoval, Santesteban, y Silvera (2011) realizaron un estudio para conocer cómo se ve afectado el sueño en la etapa de perimenopausia. Utilizaron la entrevista estructurada como instrumento de recolección de datos; esta fue aplicada a 51 mujeres entre 40 y 50 años que asistieron a la policlínica de Ginecología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas en Uruguay. De acuerdo al estudio, se encontró que existen interrupciones del sueño nocturno con alta frecuencia semanal, causadas por manifestaciones vasomotoras, características de la etapa. Las mujeres en la etapa de perimenopausia manifestaron y reconocieron modificaciones en el estado de ánimo, así como cambios en el vínculo con la familia y/o trabajo como consecuencia de la presencia de alteraciones del sueño. Además de ello, se encontró que un alto porcentaje de la muestra utiliza fármacos casual o frecuentemente debido a la dificultad para conciliar el sueño. Se concluyó que existen alteraciones del sueño en la etapa de perimenopausia y que las mismas modifican la calidad de vida de estas mujeres.

Monterrosa, Carriazo y Ulloque (2012) publicaron una investigación en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología con el título de “Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el

Caribe Colombiano". Este estudio pretendía comparar la prevalencia subjetiva de insomnio y del deterioro severo de la calidad de vida en un grupo de mujeres posmenopáusicas que presentaban oleadas de calor, con la obtenida en otro grupo con ausencia de las mismas. Se reunieron a 589 mujeres posmenopáusicas del Caribe Colombiano con edades entre 40 y 59 años, pertenecientes a tres etnias. Las mujeres fueron pesadas y talladas. Posteriormente se les entregaron las escalas Menopause Rating Scale (MRS) y Athens Insomnia Scale (AIS) en versiones en español para que las participantes se autoaplicaran dichas escalas, evaluando las manifestaciones de menopausia e insomnio en las cuatro semanas previas. Se encontró que las mujeres con oleadas de calor tuvieron significativamente más prevalencia de todas las otras manifestaciones menopáusicas, más deterioro de las tres dimensiones y peor calidad de vida. Esta investigación sugirió la asociación entre oleadas de calor con presencia subjetiva de insomnio y con deterioro severo de la calidad de vida. Se concluyó que un grupo de mujeres del Caribe colombiano en posmenopausia la prevalencia de insomnio es de 34,8%. Aquellas con presencia subjetiva de oleadas de calor tienen peor calidad de vida que las mujeres que no tienen oleadas de calor.

Por su parte, Botello (2013) llevó a cabo una investigación con el objetivo descubrir las creencias populares y las representaciones sociales de las mujeres con respecto a sus ciclos vitales y las implicaciones que las mismas han podido ocasionar en sus vidas. Para lograrlo utilizó la entrevista abierta y semiestructurada, además de los grupos focales con 24 mujeres en diferentes escenarios como el despacho y seminarios de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Sevilla, España, lugar de trabajo y en los domicilios particulares de algunas entrevistadas. Concluyó que existe un desconocimiento sobre los ciclos vitales de las mujeres

lo cual repercute en ellas que son propias desconocedoras de sus cuerpos. La falta de información es fuente de miedos y de creencias erróneas, por tal razón los ciclos vitales de las mujeres han estado imbuidos de creencias negativas y falsas. La menopausia aparece cargada de fuertes estereotipos de connotaciones negativas que se asocian a la vejez, dejadez y deterioro. Aún existe temor sobre este tema y muchas mujeres de todas las edades y de contextos tanto rurales como urbanos siguen estando sometidas a miedos y presiones falsas.

De manera similar, en Cuba, Núñez y Méndez (2014) publicaron un artículo en MEDISAN titulado “Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia” que refiere que la menopausia no es una enfermedad, simplemente es un evento significativo encuadrado en una etapa de la vida que dependerá, en parte, del valor que la cultura o el medio asignen a la fertilidad y la maternidad, así como a la belleza y juventud de la mujer. Durante este período de vida se llegan a ver afectados aspectos psicológicos como la autoestima, irritabilidad, insomnio, depresión, función sexual y área social. Alrededor de 10% de las mujeres atraviesan por una depresión, generando sentimientos de desgano, irritabilidad e inestabilidad emocional y una disminución del apetito sexual. Uno de los síntomas que más afecta a las mujeres es la irritabilidad ya que está presente hasta en 70% de las mujeres durante esta etapa. El despertar temprano con incapacidad de volverse a dormir, apnea del sueño, hipopnea y privación total del sueño se asocian con el insomnio. Las mujeres posmenopáusicas tienen de 2,6 a 3,5 veces más problemas para dormir que las premenopáusicas. Además, existe una correlación muy alta entre los bochornos y los problemas del sueño.

En cuanto al tema de andropausia, Rodríguez (2009) publicó un artículo en la Revista Científica de UCES titulado “Climaterio Masculino”. En dicha publicación se abarca este

período de transición entre la madurez y la vejez, el cual involucra tanto a mujeres como a varones. El padecimiento masculino responde principalmente a la ruptura del equilibrio y a la sensación subjetiva de pérdida de control que el climaterio involucra para el hombre en tanto crisis biográfica, y que se expresa, por lo general, en relación con los cambios vinculados con el poder y la sexualidad. En esta etapa no es raro que un varón de mediana edad se alarme ante la sensación de cansancio que experimenta, particularmente en las últimas horas del día, o por la falta de descanso real que obtiene tras una noche de sueño; imperceptiblemente disminuyen las horas de sueño necesarias. Con el propósito de proveer herramientas que permitan superar esta crisis, resolver conflictos y duelos, Rodríguez ofreció la posibilidad de la inclusión de estos hombres en grupos de pares. Los grupos de reflexión de hombres y mujeres de mediana edad mueven a cuestionamientos relativos a las representaciones sociales de la virilidad y la femineidad, en una tarea que involucra un aprendizaje para ambos.

De igual manera, Salazar, Paravic y Barriga (2012) publicaron un estudio en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología titulado “Percepción de los hombres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climaterio masculino” en el cual querían determinar si existen diferencias entre la percepción de los hombres y de sus parejas sobre la calidad de vida relacionada con salud en la etapa de climaterio masculino. Para ello reunieron una muestra integrada por 49 parejas, formadas por hombres entre 40-65 años y sus parejas mujeres entre 40-60 años de un Centro de Salud de Concepción, Chile. Ambos grupos respondieron de forma independiente la escala Aging Males’ Symptoms. Encontraron una concordancia altamente significativa para los síntomas de la subescala somatovegetativa con un grado de acuerdo moderado para dolor de articulaciones, muscular y problemas del sueño. Para los síntomas de

la subescala sexual se encontró una concordancia altamente significativa entre ambas percepciones y en la psicológica solo se encontró un alto grado de acuerdo para el estado de ánimo depresivo. Por tanto, concluyeron que no existen diferencias significativas en la percepción que los hombres y sus parejas tienen respecto de calidad de vida relacionada con salud de los hombres durante esta etapa en los aspectos somatovegetativo y sexual, solo existe diferencia en el aspecto psicológico.

Por último, Leiva, Arguedas, Hidalgo, y Navarro (2013) realizaron una investigación publicada en la Revista de Ciencias Sociales titulada “Conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad”. Tal investigación tuvo como objetivo diagnosticar el conocimiento y vivencias que poseen las personas adultas, respecto al proceso de climaterio y la sexualidad. Se aplicó un cuestionario a 176 personas, de las cuales 108 eran mujeres y 68 varones, con edades que oscilaban entre los 35 a 65 años en el cantón de Naranjo de la provincia de Alajuela en Costa Rica. A través de este estudio se encontró que las personas que se encuentran en la etapa de adultez intermedia poseen vacíos de información con respecto al proceso de vida que atraviesan, lo que afecta de manera negativa la vivencia plena durante la misma. Entre los cambios más comunes de esta etapa que han atravesado los entrevistados se encuentran: trastornos del sueño, resequedad vaginal, disminución del deseo sexual, alargamiento del tiempo para conseguir una segunda erección, afecciones cardiovasculares, adelgazamiento de las paredes vaginales, entre otras. Asimismo, la educación en sexualidad es escasa para los periodos de perimenopausia, menopausia, climaterio femenino y andropausia. Por ende, se concluyó que la población posee vacíos de información en los temas de sexualidad y sus componentes. Se demostró que la mayoría

manejan conceptos erróneos en cuanto a la temática, además de tabúes y mitos.

Por medio de estos estudios realizados tanto nacional como internacionalmente, se ha podido recopilar información reciente y notable concerniente a la importancia que tiene no solo el sueño, sino la calidad del mismo para el bienestar humano, así como los cambios específicos ocurridos en el climaterio femenino y masculino.

1.1. Climaterio Femenino

1.1.1. Definición

El climaterio es un término de origen griego, relacionado con la palabra klimakter, el cual significa escalón o peldaño; anteriormente se asociaba con que una persona debía subir y bajar escalones pero en la actualidad tiene una denotación en cuanto a una etapa del ciclo vital (Oblitas, 2009). Se conoce climaterio a un amplio periodo de la vida de la mujer y el hombre. En el caso de las mujeres, ocurre un cambio progresivo del estado fértil al no reproductivo como resultado del agotamiento ovárico, el cual está asociado a una reducción en la producción de estrógenos e incapacidad de producir hormonas, folículos y ovocitos (Salas, 2011).

1.1.2. Etapas del climaterio

El climaterio suele suscitar confusión con otros términos como la menopausia, sin embargo Bajo, Lailla y Xercavins (2011) aclaran que tales palabras tienen una significación diferente, siendo el climaterio una fase que abarca tres etapas: perimenopausia, menopausia y postmenopausia.

1.1.2.1. Perimenopausia

Bajo, Lailla y Xercavins (2009) expresan que la perimenopausia comprende un lapso entre meses o años anteriores a la menopausia. Durante esta etapa se comienzan presentar alteraciones en el ciclo menstrual, de modo que se observan diferencias en la cantidad del sagrado y en la frecuencia de presentación. La menstruación puede presentarse de forma más frecuente o bien con tiempos más prolongados; asimismo puede ocurrir de forma anárquica o irregular.

1.1.2.2. Menopausia

La menopausia representa al cese de la función ovárica por lo que se hace definitiva la desaparición de la menstruación. La menopausia se confirma cuando transcurren doce meses de amenorrea (Becerra, 2003). Las edades de su aparición varían entre la población femenina pero si esta ocurre antes de los 45 años se le denomina menopausia precoz. Por el contrario, si tiene lugar después de los 55 años se le llama menopausia tardía (Bajo, Lailla, y Xercavins, 2009).

1.1.2.3. Postmenopausia

Es la etapa que procede a la menopausia y se distingue por un estado hormonal en el que se da un descenso en el nivel de estrógenos por el cese de producción de óvulos por parte de los ovarios (Palacios y Menéndez, 2013).

1.1.3. Síntomas de origen hormonal

1.1.3.1. Síntomas vasomotores

Asili (2006) comenta que los bochornos o sofocos son de las primeras manifestaciones sintomatológicas del climaterio y los más comunes en la población femenina. Los bochornos son la sensación de oleadas repentinas de calor en el rostro, cuello y pecho, y que puede llegar a extenderse a todo el cuerpo. Una vez aparecen los bochornos, son seguidos por una sensación de escalofrío o transpiración.

Los bochornos se caracterizan por la sensación de rubor y una quemazón corporal casi intolerable. Estos calores pueden ser tanto ligeros como intensos con una duración entre 30 segundos hasta cinco minutos, no obstante, hay casos en los que llegan a durar más de media hora. La intensidad y frecuencia con que se presentan los bochornos es variable para cada caso; algunas mujeres experimentan breves episodios de calor a lo largo de la semana, en tanto que otras llegan a tener hasta cien. Por otro lado, hay quienes nunca llegan a presentar este síntoma, sin embargo lo conforman un grupo reducido de mujeres (Blasco, 2012).

Casanueva, Kaufer, Pérez y Arollo (2008) explican que la ocurrencia de dicho síntoma puede perdurar por años, cerca de cuatro o cinco años, y tiene su origen en la disminución repentina en la concentración de hormonas esteroides sexuales.

Blasco (2012) menciona que aún se desconoce su origen de forma precisa pero sí se conoce que los bochornos tienen relación con los cambios hormonales, brindando así dos explicaciones. Una de ellas explica que la disminución hormonal tiene efectos en las células del hipotálamo, las cuales regulan la temperatura del cuerpo, lo cual genera que la mujer sienta

un calor repentino en temperaturas normales. La segunda plantea que los bochornos se desencadenan al elevarse la temperatura corporal y cuando esta desciende el calor se disipa por la piel, produciendo la sensación de frío posterior.

1.1.3.2. Síntomas vaginales

Otro de los síntomas que se presentan a lo largo del periodo del climaterio es la sensación de sequedad vaginal debido a que la pared vaginal pierde su elasticidad y cambia a ser más delgada. Esta alteración da lugar a que las infecciones o irritaciones vaginales ocurran con mayor probabilidad (Asili, 2006).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano (2004) explican que, debido a que sucede un cambio en los niveles de estrógeno, los órganos con receptores estrogénicos se ven afectados.

Estas instituciones aclaran que la sequedad vaginal o disminución de la lubricación se da por la pérdida de elasticidad del introito vulvar, además de un decrecimiento de la actividad de las glándulas vaginales y del grosor del epitelio escamoso vaginal. Este síntoma tiene como consecuencia la dispareunia o dolor durante el coito. Cabe mencionar que la sequedad vaginal y dispareunia se manifiestan más frecuentemente durante la postmenopausia.

1.1.4. Síntomas de origen incierto

1.1.4.1. Síntomas urinarios

La incontinencia urinaria supone un síntoma relacionado con el proceso de menopausia,

mas no representa una asociación causal con la disminución de estrógenos. (La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia et al., 2004).

Este síntoma abarca la urgencia miccional, en la que existe una necesidad urgente y frecuente de orinar, caracterizada por goteos precedidos a la sensación de orinar. Asimismo incluye la incontinencia debida al esfuerzo, en donde hay una disminución en la capacidad o fuerza para retener la orina; este tipo de incontinencia está acompañada por goteos ocasionados por algún esfuerzo y no por la sensación de orinar. Por último, puede ser incontinencia mixta puesto es una combinación de las dos anteriores (Chaby, 2001).

La prevalencia de la incontinencia urinaria aumenta conforme a la edad. Diversos estudios muestran que en la postmenopausia se da un aumento de la incontinencia de urgencia y mixta, y una disminución de la incontinencia de esfuerzo. La incontinencia urinaria no es el único síntoma que tiene lugar durante el climaterio, sino que la presencia de cistitis o infecciones urinarias también se da en un alto grado (Haya y Guerra, 2008).

1.1.4.2. Síntomas mamarios

Haya y Guerra (2008) agregan que, tanto en la perimenopausia como en la posmenopausia aparece la mastalgia, término que hace referencia al dolor en las glándulas mamarias; no obstante diversas investigaciones muestran que dicho síntoma se acentúa en la perimenopausia y disminuye con la menopausia. La etiología del síntoma se asocia con la variabilidad hormonal que precede al cese de la función ovárica, mas no se cuenta con evidencia que afirme que la mastalgia sea una consecuencia de esta variabilidad.

1.1.4.3. Síntomas cutáneos

Las arrugas, sequedad y pérdida de elasticidad conforman los síntomas climatéricos principales. La piel está comprendido por un tejido complejo de capas de células dependientes del estrógeno, las cuales se atrofian una vez se llega a la menopausia. La epidermis de la mujer menopáusica se vuelve más delgada, al igual que la dermis, ya que esta capa está formada de colágeno, proteína que también depende del estrógeno indirectamente; por lo tanto, la delgadez de las capas de la piel da lugar a las arrugas y demás síntomas cutáneos (Botella y Clavero, 1993).

1.1.4.4. Dolores musculares y articulares

De acuerdo a Castelo y Haya (2009), la realidad clínica refleja un gran número de mujeres que suelen manifestar dolores, hinchazón y rigidez a nivel muscular y articular durante el climaterio, específicamente en la etapa postmenopáusica. Se cuenta con información acerca de la implicación de los estrógenos en la fisiología articular y, puesto que aún no se ha demostrado su correlación con la menopausia, se habla de que el fallo ovárico durante esta etapa acelera el envejecimiento y deterioro de las articulaciones, tal como sucede con otros tejidos.

1.1.4.5. Cefaleas

Las molestias localizadas en la cabeza representan otro síntoma del climaterio. La prevalencia de cefaleas en mujeres perimenopáusicas es mayor al de mujeres posmenopáusicas, notando una mejoría en relación a dos tercios después de la menopausia.

Los niveles variables de estrógeno repercuten en la asiduidad de las jaquecas y, anteriormente a la llegada de la menopausia, es usual que los dolores de cabeza se eleven en intensidad y frecuencia; sin embargo, este síntoma no se asocia únicamente con el desequilibrio hormonal, sino tiene sus causas en otros factores como las sudoraciones nocturnas y cansancio excesivo (Segno, 2014).

1.1.4.6. Irritabilidad y Depresión

Así como hay síntomas físicos, también se presentan síntomas emocionales. Alexander y Knight (2007) indican que con frecuencia las mujeres que atraviesan por el climaterio manifiestan un estado emocional caracterizado por un menor control sobre el temperamento, caracterizado por arrebatos verbales o de comportamiento. Las alteraciones en el estado anímico se observan en la mujer al estar a la defensiva, intolerante, sensible, estresada, agresiva, impaciente, enfadada, entre otros. El aspecto de la irritabilidad en la población femenina es un síntoma común que disminuye una vez se llega a la menopausia y después de ella.

Estas autoras señalan que, debido a que dichas alteraciones emocionales se hacen más evidentes durante la perimenopausia y merman conforme el transcurso del climaterio, es probable que este síntoma se relacione con la fluctuación de los niveles hormonales; no obstante, en la actualidad se desconoce la razón exacta de los cambios en el estado del ánimo. Añaden que la irritabilidad, dificultad en la concentración y la fatiga están más vinculados con los trastornos del sueño y el estrés que desde el aspecto hormonal.

En cuanto a la depresión, Chinchilla (2008) aclara que tradicionalmente se ha relacionado esta condición con la menopausia puesto que en la mayoría de los casos sí se hacen presentes síntomas depresivos durante el climaterio, tales como falta de motivación, fatiga crónica, disminución de la autoconfianza, insomnio, irritabilidad, indecisión, etc., sin embargo los síntomas no configuran un trastorno depresivo como tal.

A través de estudios ha sido posible encontrar que los síntomas depresivos se muestran generalmente en la etapa de perimenopausia y que estos se reducen después de la menopausia. Otras investigaciones exponen que la depresión supone un riesgo en la menopausia cuando las mujeres cuentan con antecedentes de episodios depresivos, trastorno disfórico premenstrual o depresión postparto (Chinchilla, 2008).

Blancos (2010) agrega que la vulnerabilidad de presentar episodios depresivos aumenta en la etapa perimenopáusica por la estrecha relación hormonal con la serotonina. De igual manera, la depresión se ha asociado con los niveles de colesterol total y de lipoproteínas de baja densidad en la perimenopausia y postmenopausia, debido a que si ocurre una reducción en estos niveles, hay una disminución en la exposición de los receptores serotoninérgicos, resultando en un funcionamiento deficiente.

Asimismo, esta autora toma en consideración otros aspectos psicosociales que tiene relación con los cambios en el estado de ánimo y que aumentan el riesgo de la depresión, entre ellos se encuentra el estrés, fumar, poca actividad física, problemas económicos, problemas de salud, falta de apoyo de personas cercanas o queridas.

1.1.4.7. Sueño

Otro de los síntomas comunes es la dificultad para conciliar el sueño, lo cual se traduce en la aparición de insomnio de inicio y/o de mantenimiento; el primero se refiere a la dificultad para quedarse dormido y el segundo a constantes despertares durante el sueño. También se da apnea del sueño, hipopnea y privación del sueño total, siendo estos trastornos más frecuentes en mujeres postmenopáusicas (Blancos, 2010).

El motivo de estos problemas con el sueño aún resulta complejo de identificar, ya que con la edad el sueño se vuelve más fragmentario, además de que dichos trastornos suponen patologías más comunes dentro de la población adulta. Aun así, se ha encontrado que los trastornos del sueño tiene una correlación alta con los bochornos. (De la Fuente y Martínez, 2009).

Para Palacios (2010) los síntomas vasomotores están altamente implicados en la aparición de insomnio, ya que la repentina sensación de calor y sudoración, además de palpitaciones por la noche, hacen que las mujeres se despierten en repetidas ocasiones. Igualmente, otros factores emocionales como el estrés, depresión y ansiedad pueden incidir en la dificultad para dormir.

Esta problemática trae consigo consecuencias severas para quienes la presentan, puesto que el no contar con un sueño reparador e inadecuado perjudica el estado de alerta y vigilia durante el día, afecta la actividad mental, disminuye la productividad, se hace presente el cansancio e irritabilidad, dañando las relaciones familiares y sociales consecuentemente (Blancos, 2010).

1.1.4.8. Falta de Concentración y Pérdida de Memoria

Oblitas (2009) menciona que existe la hipótesis de que los estrógenos tienen un efecto protector en las neuronas, el cual se ve afectado una vez haya alteración de esta hormona. En cuanto a estudios realizados para encontrar relación entre las variables de menopausia y deterioro cognitivo, Risco (2010) explica que no ha sido posible afirmar alguna correlación ya que se han efectuado tratamientos hormonales pero los resultados no han mostrado acción de prevención de las hormonas sobre la capacidad cognitiva.

Por otro lado, Blancos (2010) expone estudios que han determinado que los bochornos reducen el flujo cerebral en el hipocampo, dando como resultado problemas en la memoria y cognición. Asimismo la incapacidad para recordar se debe principalmente a la privación del sueño.

Esta autora menciona que la primera parte del sueño es fundamental para la memoria y su ejecución, sin embargo es aquí en donde se presentan los bochornos, ocasionando alteraciones en el sueño y en la segunda parte, suprimiendo el sueño REM, generando así constantes despertares nocturnos. La privación del sueño altera la memoria verbal y la actividad cerebral.

1.2. Climaterio Masculino

1.2.1. Definición

Así como las mujeres atraviesan por un proceso de descenso hormonal, de igual forma ocurre con los hombres. Andropausia, andropenia y viropausia son algunos de los términos

utilizados para nombrar este proceso en los hombres; no obstante, estos han generado polémica en cuanto a su significado y la forma más adecuada de describir dicha etapa. Etimológicamente, la palabra andropausia deriva de *andros* y *pausis*, siendo su significado la parada o cesación del varón. De igual manera, viropausia proviene de *vir* y *pausis*, las cuales significan cesación de varón (Napal, 2006).

A diferencia de la mujer, quien sí llega a un cese de la menstruación y ovulación, en el hombre no existe un momento específico en el cual se detenga su capacidad reproductiva. Es por esta razón que los diferentes términos aún continúan siendo cuestionados en cuanto a su uso, y los expertos han optado por referirse a este periodo como hipogonadismo o climaterio masculino (Legorreta, 2003).

El hipogonadismo se refiere a la condición caracterizada por un bajo nivel de hormonas sexuales, implicando así los distintos cambios que ocurren en el hombre a partir del decaimiento de dichos niveles. El climaterio masculino también hace referencia al proceso gradual en el que hay un descenso hormonal (Legorreta, 2003). Ambos términos comprenden un mismo periodo ocurrido en los hombres, sin embargo, en esta investigación se tomará el concepto de climaterio masculino para referirse a dicho cambio hormonal.

Por lo tanto, el climaterio masculino es la progresión de cambios que ocurren en el hombre a partir de que los niveles de testosterona disminuyen conforme a la edad. Normalmente es a partir de los 40 o 45 años que inicia el descenso de las secreciones hormonales, no obstante, los cambios no se presentan ni son reconocidos de igual manera en todos los varones (Blasco, 2012).

El Sanatorio Alemán (s.f.) agrega que, en tanto que existe menor disponibilidad de testosterona, así es como paulatinamente surgen diferentes cambios que son considerados como síntomas de esta etapa. De forma semejante al grupo femenino, tales cambios ocurren a nivel físico, psicológico y sexual. Tan (2005) enfatiza que en este periodo debe considerarse la presencia o ausencia de síntomas y no como un estado sintomático como una gran mayoría cree.

De acuerdo a Sigelman y Rider (2014), se han realizado diversas investigaciones que reportan una alta relación entre niveles bajos de testosterona y la presencia de síntomas. En tanto que otros estudios descartan la relación entre los síntomas del climaterio masculino con los niveles de esta hormona. Incluso con estos resultados, la investigación en cuanto al climaterio masculino demuestra cambios más graduales, variables y menos completos que los que sobrevienen en el climaterio femenino.

1.2.2. Cambios físicos

Uno de los cambios más comunes que se conocen en este periodo es la pérdida de masa muscular o sarcopenia. Esta pérdida que acontece con la edad produce alteraciones neuromusculares, de modo que se pierde fuerza muscular, y se ven afectados la movilidad y el balance del individuo (Janot, 2005).

El mismo autor añade que el aumento de peso representa otro de los cambios durante el climaterio masculino; esto sucede porque las disminuciones de la masa corporal magra generalmente se convierten en el aumento de grasa visceral, es decir, en el área abdominal.

Debido al desbalance de la testosterona, también se observa pérdida de cabello ya que esta es responsable de la formación y crecimiento del vello corporal en los niveles adecuados. Por lo tanto, es común que el pelo de la cabeza se pierda al igual que el vello púbico, fácil, axilar y demás áreas del cuerpo (Dobovin, 2014).

Por otro lado, Sánchez, Honrubia y Chacón (2005) explican que el déficit de los andrógenos afecta la actividad de neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central, por lo que da lugar a la presencia de síntomas vasomotores como la sudoración excesiva y los bochornos.

Mimoun y Chaby (2001) refieren que los bochornos suelen darse durante la noche con sudores en el tronco y cuero cabelludo, alterando de alguna manera la función del sueño; sin embargo, estos tienden a disminuir conforme al tiempo.

También es común que se presente sensación de fatiga ya que el transporte del oxígeno a los tejidos no ocurre de igual manera por la disminución de la hemoglobina, la cual es estimulada, junto con los glóbulos rojos, por la testosterona (Monreal, 2010).

1.2.3. Cambios sexuales

En cuanto al ámbito sexual, Monreal (2010) destaca que los hombres que se encuentran en el climaterio reportan una disminución o pérdida del deseo sexual, afectando su actividad sexual.

Dentro de los cambios que se dan en torno a la respuesta sexual se hallan la necesidad de mayor estimulación para que la erección se alcance y el mantenimiento de la erección es

más corta. Asimismo, hay mayor dificultad para eyacular y es menor la fuerza para expulsar el líquido seminal, el cual se reduce en cantidad por dichos cambios (Sánchez, Honrubia y Chacón, 2005).

Arrondo (2006) expone que la excitación y la respuesta corporal forman parte de un proceso más lento. Debido a que se precisa de un mayor nivel de estimulación, es necesario aumentar las caricias para obtener una erección deseada. De igual manera, el ángulo de las erecciones decrece con los años y las erecciones matinales y nocturnas dejan de ser frecuentes.

El proceso de eyaculación sufre un retraso, siendo esta menos precoz y con menor fuerza de lanzamiento. La cantidad o volumen del líquido seminal se reduce ya que hay menor secreción de las glándulas sexuales debido a que están menos estimuladas por el déficit de testosterona. Los orgasmos son menos intensos y el periodo refractario es más extenso. (Arrondo, 2006).

La testosterona tiene un papel suplementario en la regulación para la producción de espermatozoides; por ello, la fertilidad del hombre no se ve afectada, sino que únicamente observa un cambio en la movilidad y forma de los espermatozoides (Tan, 2005).

1.2.4. Cambios psicológicos

Karasek (2006) refiere que, de modo similar a las mujeres, los hombres climatéricos generalmente experimentan ansiedad, ánimo depresivo, falta de memoria, dificultad de concentración, trastornos del sueño, miedo, entre otros.

Hart (2000) hace mención en que la testosterona tiene un rol importante en varios sistemas del organismo para lograr que este funcione de forma óptima. Así como esta hormona tiene implicaciones en los aspectos previamente mencionados, asimismo regula la estabilidad emocional.

Body Logic MD (2014) confirma lo anterior, indicando que las hormonas tienen un gran impacto no solo en el estado del ánimo, sino en el sueño y otras funciones del cuerpo. Los niveles bajos de estos componentes pueden causar una sensación de malestar. Cuando los niveles de testosterona son bajos, el hombre se encuentra más propenso a desarrollar un estado depresivo. Además, es necesario tomar en cuenta el efecto emocional que producen los diferentes cambios físicos y sexuales en la vida del sujeto, los cuales pueden contribuir igualmente a una depresión.

Padecer de depresión conlleva el dejar de disfrutar y participar en actividades que anteriormente consideraba placenteras, presentar cambios en los patrones de sueño como insomnio, sufrir alteraciones cognitivas como dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones. Igualmente puede haber ansiedad, irritabilidad, inquietud, culpa, desesperanza, etc. (Werner, s.f.).

Se ha encontrado que niveles altos y bajos de testosterona están asociados con alteraciones en el sueño. En la medida que la producción de andrógenos disminuye conforme a la edad, así también se reduce la eficiencia de sueño y esta se vuelve cada vez más fragmentada. La deficiencia de andrógenos se asocia comúnmente con perturbaciones del sueño nocturno e incrementa la somnolencia durante el día (Morin y Espie, 2012).

El insomnio y la apnea del sueño son los trastornos que más se presentan en los hombres climatéricos. Por lo general, la baja testosterona contribuye en gran medida a la apnea del sueño, la cual lleva al insomnio o falta de sueño consecuentemente. Estos trastornos del sueño conducen a otras condiciones como la fatiga y niveles altos de cortisol, los que a su vez, reducen los niveles de testosterona, empeorando la fatiga y el mismo insomnio (Pekker, 2011).

1.3. Sueño

1.3.1. Definición

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2011) distingue al sueño bajo las características conductuales y fisiológicas. De acuerdo al conjunto de características conductuales, el sueño es la reducción o ausencia de movimientos corporales de forma voluntaria en la que se adopta una postura de descanso bajo un lugar seguro y cómodo para conciliar el sueño. Por otro lado, las características fisiológicas hacen referencia a la actividad cerebral que ocurre durante el acto de dormir, distinguiendo así a los diferentes ritmos y fases biológicas.

Velayos (2009) señala que este estado biológico y conductual es activo y periódico, y se caracteriza por una suspensión de la conciencia, el cual es reversible ante estímulos específicos. El sueño es regulado homeostáticamente de acuerdo al ciclo circadiano vigilia-sueño y se da en grados diferentes de profundidad, haciendo la distinción entre las etapas del sueño donde se producen modificaciones fisiológicas.

1.3.2. Etapas del sueño

1.3.2.1. Sueño no-REM

El sueño no-REM inicia cuando la persona se duerme. Este tipo de sueño está compuesto por cuatro fases, las cuales pueden ser distinguidas por medio de un encefalograma. A través de estas fases, la profundidad del sueño se incrementa y resulta más difícil despertar a una persona (Cuenca, 2006).

Predomina las primeras cinco horas de la noche y es considerado el sueño necesario para que haya un rendimiento físico e intelectual esperado. El sueño no-REM es el primero en recuperarse tras la privación del sueño (Ortuño, 2010).

La fase I está caracterizada por un sueño ligero con una duración menor a cinco minutos. Durante esta fase se da una leve disminución de la respiración, ritmo cardíaco y el tono muscular, produciendo una sensación de flotar. Aún se conserva la capacidad para responder a estímulos externos, siendo fácil el lograr despertarse (Carro, Alfaro y Boyano, 2006).

La fase II dura alrededor de diez a 15 minutos. El tono muscular consigue relajarse más, continúa disminuyendo la frecuencia respiratoria y cardíaca, y hay un leve descenso de la temperatura corporal; asimismo, los movimientos oculares desaparecen. Esta fase junto con la primera conforma lo que se conoce como el sueño superficial, cubriendo el 50% del sueño total (Carro, Alfaro y Boyano, 2006).

Las fases III y IV representan lo que es el sueño profundo. Durante estas fases ya no

se presentan los movimientos en los ojos, los músculos se relajan completamente y disminuyen notablemente las frecuencias cardíacas y respiratorias. La percepción sensorial también presenta una disminución por lo que es inusual que la persona se levante; si esto sucede, es probable que se sienta confundido y desorientado. Ambas fases componen el periodo preciso para que el sujeto descanse y que haya una recuperación física (Carro, Alfaro y Boyano, 2006).

1.3.2.2. Sueño REM

La etapa REM es conocida, por sus siglas en inglés, como el sueño de movimientos oculares rápidos puesto que precisamente, es posible observar en la persona movimientos rápidos en los ojos y en ciertos músculos del rostro. En un adulto normal, el sueño REM aparece a los 80-100 minutos de haberse dormido; en esta etapa se presenta un aumento y variación de la presión sanguínea, pulso y respiración. Aun así, se alcanza la máxima relajación muscular y el sujeto se encuentra con un alto umbral de alertamiento (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2011).

De forma similar al estado de vigilia, esta fase cuenta con una elevada actividad cerebral y representa entre el 20 y 25% del tiempo total del sueño del adulto. Aquí es donde se produce un alto contenido de ensoñaciones y parece tener una función importante en la consolidación del aprendizaje y la información almacenada en la memoria (Dávila, 2010).

El sueño se distingue por un patrón cíclico, es decir que, a lo largo de la noche, el sueño REM y no-REM se repiten en cuatro o cinco ciclos aproximadamente, con intervalos de entre 90 y 120 minutos (Contreras, 2013).

1.3.3. Cambios en el sueño a lo largo del ciclo vital

El sueño presenta diferentes características de acuerdo a la etapa de desarrollo de la persona. Los cambios observados a lo largo de la vida están representados en el número de horas de sueño y patrones cíclicos (Velayos, 2009).

Las horas que se requieren para el sueño van disminuyendo progresivamente de acuerdo a la edad del sujeto. El sueño de un recién nacido abarca entre 14 y 18 horas, el lactante duerme entre 13 y 14 horas, un niño en edad escolar duerme entre 11 y 12 horas, en tanto que el sueño del adulto oscila entre 7 y 8 horas, y el del anciano entre 5 y 6 horas (Contreras, 2013).

Así también, el patrón de los ciclos varía conforme a la edad. Se considera normal que el recién nacido inicie su sueño con la etapa REM, la cual conforma del 38 al 80% del sueño total hasta los tres meses de vida. Posterior a este periodo, este desciende al 20-25% y persiste a lo largo de la vida (Rodríguez y Zehag, 2009).

En la etapa adulta, los cambios se observan de mejor manera en relación al sexo. Contreras (2013) señala que, en el caso de las mujeres, las diferencias en el sueño se atribuyen a los períodos fisiológicos que conllevan cambios hormonales como la menstruación, embarazo y menopausia.

Algunos científicos establecen que el sueño es estable durante el ciclo menstrual, sin embargo, existen mujeres que experimentan cambios en los días de menstruación. En estos casos, se ha encontrado una prolongación en la fase de latencia en los días previos a la

menstruación. El tiempo total del sueño se reduce, por lo tanto, hay una menor eficiencia del mismo. Así mismo, se ha determinado que en la fase post-ovulatoria, el sueño REM aparece anticipadamente y tiene menor duración. Dentro de los trastornos relacionados al ciclo menstrual que afectan el sueño de la persona se encuentran insomnia premenstrual e hipersomnias premenstruales (Velayos, 2009).

El embarazo constituye otro periodo en el cual las mujeres experimentan cambios en sus patrones del sueño. Durante el primer trimestre de gestación aparecen problemas en el sueño y somnolencia diurna, los cuales están relacionados con la alta producción de progesterona. Estudios muestran que a medida que el embarazo avanza, los malestares aumentan. En el segundo y tercer trimestre, las dificultades con el sueño están principalmente relacionadas con el impedimento de encontrar una posición cómoda para dormir, frecuencia urinaria por la presión del feto sobre la vejiga y por movimientos excesivos del bebé (De la Fuente y Martínez, 2009).

Ante estos inconvenientes, el sueño REM de la mujer embarazada se reduce y el no-REM se extiende, por lo que llegan a presentar menor eficiencia del sueño (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse y Spong, 2011).

En algunos casos, las mujeres llegan a padecer trastornos que hacen más compleja la tarea de dormir y obtener un sueño reparador. Entre estos se encuentra el insomnio, síndrome de piernas inquietas, ronquidos, apnea obstructiva del sueño e hipersomnias (De la Fuente y Martínez, 2009).

Velayos (2009) explica que, no solo en la menopausia sino en la perimenopausia y posmenopausia, el tiempo total del sueño se reduce notablemente, prologándose el tiempo para lograr dormirse y habiendo mayor cantidad de despertares nocturnos. Estas problemáticas del sueño están relacionadas con las desregulaciones hormonales como el descenso de estrógenos.

Contrastando esta información con los hombres, Contreras (2013) hace referencia a estudios que han encontrado que las mujeres en la etapa de perimenopausia poseen una mejor calidad de sueño que los hombres, debido a que ellas demoran menos tiempo para conciliar el sueño y son más capaces de completar un sueño satisfactorio. No obstante, en la posmenopausia la eficiencia del sueño se reduce ante un incremento de los despertares, ocasionados por bochornos, sudoración nocturna y demás síntomas del climaterio.

Por otro lado, De la Fuente y Martínez (2009) aclaran que la fisiología del hombre no es tan compleja como la mujer, puesto que no atraviesa por las condiciones biológicas que ocurren de manera cíclica y que involucran aspectos hormonales. De esta manera, el sueño de los hombres se ve alterado principalmente por problemas emocionales como la ansiedad y depresión, contar con ciertas condiciones médicas como obesidad o diabetes, uso de medicamentos, padecer trastornos de sueño, entre otros.

Por último, en la adultez tardía, el anciano suele dormir más temprano por la noche y así mismo a despertarse temprano por la mañana; esto ocurre debido a que tiene una fase adelantada del ritmo circadiano; sin embargo, su sueño se caracteriza por frecuentes despertares nocturnos, llevándolo a tener un sueño más superficial y ligero. Esto lo hace más

sensible y vulnerable a despertarse ante los estímulos externos (Micheli y Fernández, 1996).

Velayos (2009) señala que la calidad de sueño disminuye debido a que las personas en esta etapa demoran más tiempo para conciliar el sueño, hay un incremento de despertares nocturnos y se reduce el tiempo del sueño REM y la fase III y IV de no-REM. Es por ello que tienden a tomar siestas a lo largo del día, ante la reducción de la cantidad total del sueño durante la noche.

A pesar de que ocurren modificaciones en los patrones del sueño a lo largo de la vida del ser humano, estos cambios están fuertemente influenciados por el estado de salud general, la edad, estilo de vida, estado anímico, exigencias socio profesionales y otros aspectos relevantes de la vida diaria. (Velayos, 2009).

Como se expuso anteriormente, el sueño constituye un elemento fundamental para el funcionamiento adecuado de la persona y es un área que se ve afectada no solo en mujeres, sino también en hombres a lo largo del ciclo vital. Son diversas las causas que pueden alterar el curso del sueño, específicamente durante la etapa del climaterio. A pesar de que las alteraciones en torno a este tema aún se encuentran en fase de validación científica como una consecuencia directa del periodo de climaterio en ambos grupos, resulta importante tomar en cuenta dichos cambios, ya que estos pueden conllevar otras consecuencias como depresión, ansiedad y estados alterados en la vida cotidiana de las personas.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El climaterio es una etapa en el ciclo vital que conlleva diversos cambios tanto en la mujer como en el hombre. Este término es aún desconocido por muchas personas, limitándose únicamente a la menopausia y andropausia. Debido al desconocimiento sobre este periodo, un gran número de personas se quejan de síntomas físicos, ignorando los orígenes de esos malestares y continúan con hábitos poco saludables que perjudican el curso del climaterio, generando así mayores molestias en los individuos.

El sueño es un aspecto que se ve afectado en el climaterio en ambos sexos, no obstante, el componente cultural demuestra jugar un papel importante en la manifestación de dichos malestares. Igualmente, en la sociedad guatemalteca persiste la idea que los cambios del climaterio ocurren exclusivamente en las mujeres; de modo que existe un escaso conocimiento sobre las consecuencias de esta etapa en los hombres.

Debido a estas diferencias en mujeres y hombres al respecto, el presente estudio planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la calidad del sueño que presentan las mujeres y hombres que atraviesan el periodo de climaterio?

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Establecer el nivel de calidad del sueño que presentan las mujeres y los hombres que atraviesan el periodo de climaterio.

2.1.2. Objetivos específicos

- Conocer la calidad del sueño subjetiva del grupo de hombres y mujeres.
- Establecer el promedio de latencia del sueño para cada grupo.
- Determinar la duración promedio del sueño en hombres y mujeres.
- Establecer el promedio de la eficiencia del sueño habitual en cada grupo.
- Identificar qué produce principalmente las alteraciones del sueño en ambos grupos.
- Conocer qué grupo hace mayor uso de medicación para dormir.
- Determinar qué grupo presenta mayor disfunción diurna.

2.2. Variables

- Calidad de sueño subjetiva
- Latencia del sueño
- Duración del sueño
- Eficiencia del sueño
- Alteraciones del sueño
- Medicación para dormir
- Disfunción diurna

2.3. Definición de variables

2.3.1. Definición conceptual

Calidad de sueño subjetiva: se refiere a la valoración sobre la percepción de un sueño reparador y profundo que provee la sensación de descanso y la suficiente energía para desempeñarse cada día (Velayos, 2009).

Latencia del sueño: constituye el periodo de tiempo entre la disposición de la persona para dormir hasta que el sueño se presenta, por el cual se atraviesa el estado de vigilia a una progresiva disminución de la conciencia (Pontificia Universidad Católica de Chile, s.f.).

Duración: tiempo transcurrido entre el inicio y el fin de algo (Real Academia Española, 2014).

Eficiencia del sueño: porcentaje del tiempo en que una persona duerme mientras permanece en cama. Representa la solidez del sueño (Davidson, 2012).

Alteración: cambio en las características habituales de algo específico (Ejemplode, 2015).

Medicación: empleo de medicamentos o medios curativos con fines terapéuticos (Real Academia Española, 2014).

Disfunción: alteración en el funcionamiento de algo específico (Real Academia Española, 2014).

2.3.2. Definición operacional

Para esta investigación se utilizó el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh, a través del cual se obtuvieron datos cuantificables basados en los siete componentes que se presentan a continuación:

Calidad de sueño subjetiva: se obtiene valorizando la respuesta a la pregunta 6 del cuestionario.

Latencia del sueño: se obtiene a través de las preguntas 2 y 5a.

Duración del sueño: se obtiene por medio de la pregunta 4.

Eficiencia del sueño habitual: se valoriza a través del cálculo siguiente: [número de horas de sueño (pregunta 4) ÷ número de horas pasadas en la cama (cálculo utilizando las pregunta 1 y 3) × 100]

Alteraciones del sueño: se obtiene la calificación con la sumatoria de las preguntas 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5j.

Uso de medicamentos para dormir: se valoriza por medio de la pregunta 7.

Disfunción diurna: es el resultado de la sumatoria de las preguntas 8 y 9.

2.4. Alcances y límites

Este estudio pretendió conocer la calidad de sueño en hombres y mujeres de un estado socioeconómico medio, que laboran, son padres, cuentan con una pareja, atraviesan la etapa

del climaterio y cuyas edades comprenden entre 45 y 55 años. Los resultados obtenidos serán únicamente aplicables para poblaciones que cumplan con dichas características y potencialmente serán extrapolables para poblaciones con características similares.

2.5. Aporte

Esta investigación proporciona información académica, tanto para profesionales y estudiantes del campo de la psicología, como para otras áreas de estudio respecto a los temas del sueño, así como del climaterio femenino y masculino. Además, logra ampliar el conocimiento de cómo acontece el fenómeno del sueño durante este periodo vital en la adultez media de hombres y mujeres, tomando en cuenta a ambos grupos. Así mismo, da a conocer si el sueño se da de forma similar o varía de acuerdo con cada grupo.

Cabe destacar que dicho trabajo brinda material respecto al climaterio masculino, tema que ha sido poco investigado a nivel nacional e internacional. De esta manera, enriquece la información que se conoce sobre esta etapa en la vida del hombre.

Así también, el estudio puede ser de beneficio para expertos en el área de salud física y mental que trabajan con pacientes adultos, facilitando la comprensión de estas condiciones y el brindar un diagnóstico más acertado al tomar en cuenta la sintomatología, causas y efectos de estos fenómenos. De igual manera, sirve como una herramienta útil para el área psicológica en el contexto guatemalteco, tomando en cuenta la escasa producción científica del tema en mención.

III. MÉTODO

3.1. Sujetos

Esta investigación estuvo conformada por hombres y mujeres de un estrato socio económico medio, que cuentan con una pareja, son padres, no realizan actividad física, laboran entre ocho y diez horas, y cuyas edades comprenden entre 45 y 55 años. La selección de la muestra fue a través de un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve, ya que se contactaron personalmente a sujetos conocidos con las características anteriores, los cuales a su vez, integraron a otros individuos que cumplían con las mismas. Se contó con 40 sujetos, separados en dos grupos de acuerdo al sexo. Un grupo fue de 20 mujeres y el otro grupo de 20 hombres.

A continuación, se muestra una tabla con la información de edades de cada uno de los sujetos que participaron en el estudio:

Sujetos Hombres	Edad	Sujetos Mujeres	Edad
1	45	1	45
2	45	2	46
3	45	3	46
4	46	4	47
5	49	5	48
6	49	6	48
7	49	7	50
8	49	8	50
9	50	9	50
10	50	10	50
11	50	11	51
12	51	12	51
13	51	13	51

14	52	14	51
15	52	15	51
16	53	16	52
17	53	17	52
18	53	18	54
19	53	19	54
20	55	20	55

3.2. Instrumento

3.2.1. Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh

Se utilizó el Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) diseñado en 1988 por Daniel J. Buysse, Charles Reynolds, Timothy Monk, Susan Berman y David Kupfer para obtener un índice sobre la calidad del sueño. Es un cuestionario auto administrado, el cual consta de 19 ítems autoevaluados por el paciente y 5 cuestiones evaluadas por el compañero/a de cama. Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del PSQI, por lo que en esta investigación se omitieron estos últimos ítems (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989).

Los 19 ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, que se agrupan en 7 componentes: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos, a mayor puntuación peor calidad de sueño (Buysse, et al., 1989).

Buysee, et al. (1989) administraron el cuestionario a 148 sujetos, divididos en 3 grupos: el primero lo formaban 52 individuos “buenos dormidores”; el segundo constaba de 34 pacientes con diagnóstico de depresión mayor; el tercero, estaba formado por 45 pacientes diagnosticados de trastorno de iniciación y/o mantenimiento del sueño (TIMS) y 17 con diagnóstico de trastorno de somnolencia excesiva (TSE). La fiabilidad medida como consistencia interna -alfa de Cronbach-, fue elevada tanto para los 19 ítems como para los 7 componentes, las puntuaciones de los ítems, los componentes y la global se mantuvieron estables a lo largo del tiempo.

Los datos de validez predictiva arrojan los siguientes resultados: para un punto de corte de 5 (≥ 5 malos dormidores) la sensibilidad era del 89.6% y la especificidad del 86.5%. La tasa de mal clasificados fue del 11.5% para el conjunto de la muestra, del 15.6% para el grupo de pacientes con TIMS, el 12% de los pacientes con TSE y 3% de los pacientes con depresión mayor (Buysee, et al., 1989).

3.3. Procedimiento

- Se reunió personalmente a la muestra por medio de sujetos conocidos que habían sido contactados previamente.
- Se aplicó el Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh a todos los sujetos que comprendieron la muestra.
- Se calificaron todos los cuestionarios siguiendo las medidas de interpretación del test, obteniendo así las puntuaciones de los siete componentes, los cuales proporcionaron la calificación global de cada sujeto.

- Se hizo el análisis y discusión de resultados obtenidos.
- Se establecieron las conclusiones finales y se plantearon las recomendaciones pertinentes.
- Se elaboró el informe final.

3.4. Diseño de investigación

El presente estudio fue de tipo descriptivo bajo un diseño transeccional, ya que este tipo de investigaciones recopilan datos en un solo momento, en un tiempo único y describen las variables, al igual que analizan su incidencia en un fenómeno determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.5. Metodología estadística

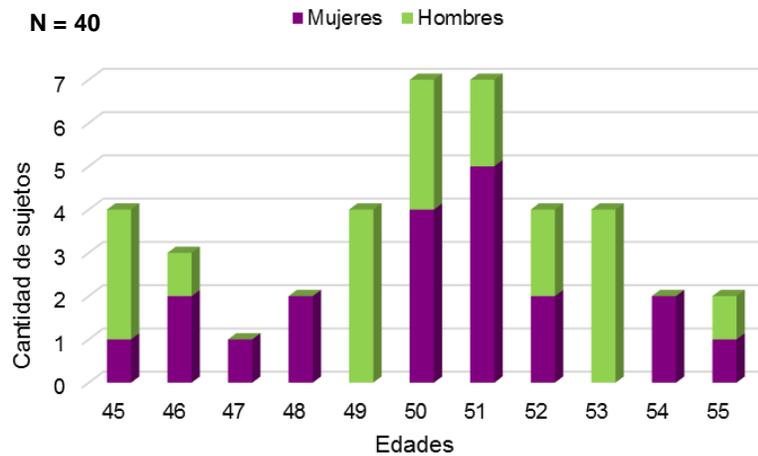
Para el análisis de datos cuantitativos se usó distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central, específicamente la media como promedio aritmético de las distribuciones efectuadas, así como la moda o puntuación que se presenta en mayor frecuencia (Hernández et al., 2010).

Se realizó la correlación de Pearson para establecer la relación de variables. Para ello se contó con el apoyo del Dr. Pedro Morales, S.J. de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid, experto en análisis estadístico, quien utilizó SurfStat Australia para obtener dichas relaciones.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

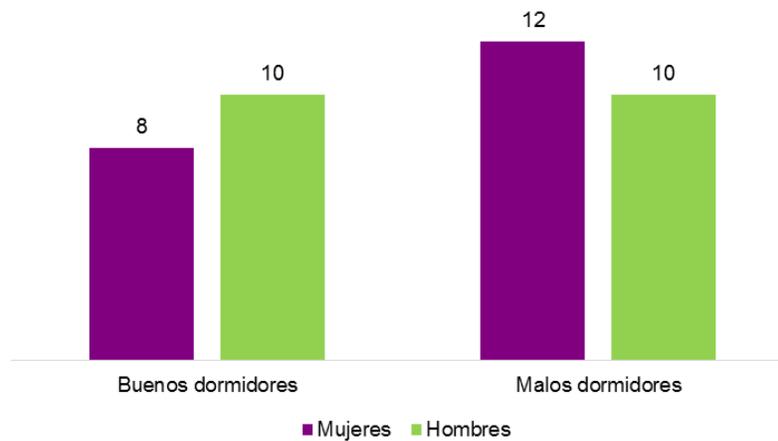
4.1. Resultados Descriptivos

4.1.1. Gráfica 1: Distribución de los sujetos de estudio, separados por sexo de acuerdo a las edades.



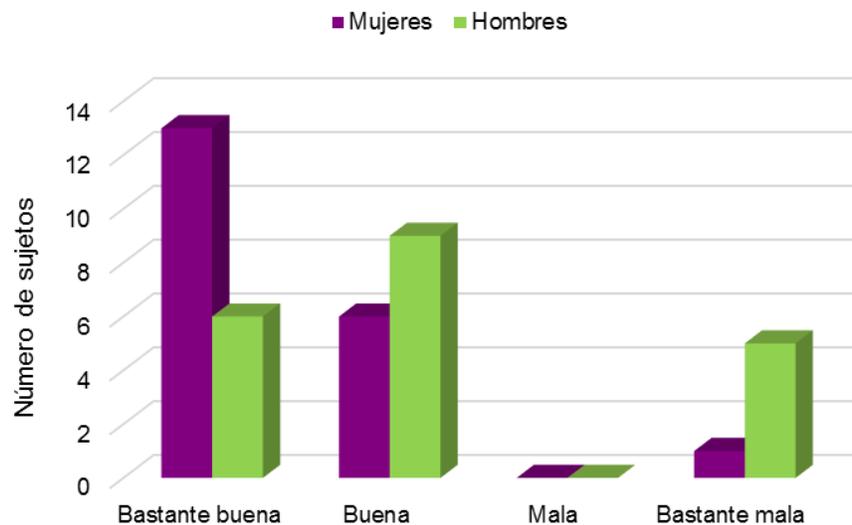
En esta gráfica se puede notar que las edades con mayor frecuencia de sujetos fueron de 50 y 51 años con 8 sujetos en cada una de estas.

4.1.2. Gráfica 2: Distribución de la muestra de acuerdo a la calificación global del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh



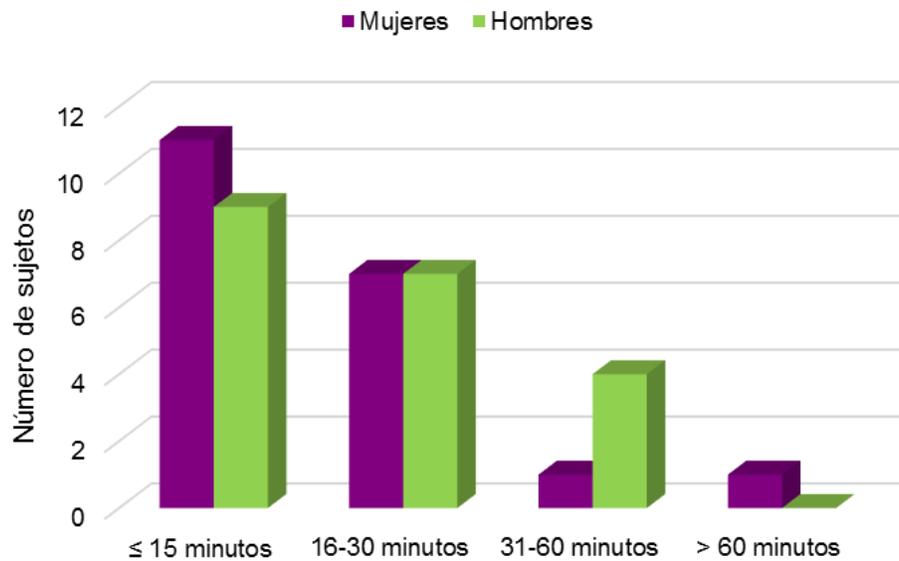
Se puede observar que el 45% de la muestra (18) son buenos dormidores, habiendo más hombres que mujeres. El restante 55% (22) posee una mala calidad de sueño, habiendo más malos dormidores dentro del grupo de mujeres. Con base al instrumento utilizado, mayores puntuaciones representan peor calidad de sueño. En este caso, la media de la calificación global para el grupo femenino fue de 6.15, en tanto que para el grupo masculino es de 7.15. Esto demuestra que los hombres obtuvieron puntuaciones más elevadas; por tanto, este grupo presenta peor calidad de sueño en comparación a las mujeres.

4.1.3. Gráfica 3: Distribución de sujetos según la calidad de sueño subjetiva.



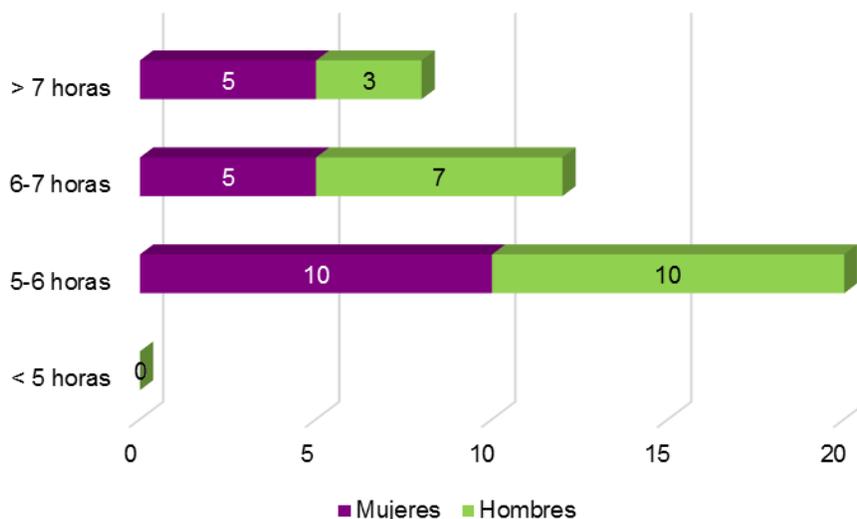
Se puede apreciar que 19 sujetos califican su calidad de sueño como *bastante buena*, concentrándose la mayor parte de las mujeres en esta clasificación con un 65% del grupo femenino, en tanto que el 70% de los hombres se sitúan en el resto de las categorías. El 35.7% de la muestra (15) declaran tener una *buena* calidad de sueño y únicamente el 15% de esta (6) definen la calidad de su sueño como *bastante mala*, siendo mayor en los hombres.

4.1.4. Gráfica 4: Distribución de sujetos de acuerdo a la latencia del sueño para cada grupo.



Del total de la muestra, 20 sujetos logran dormirse en los primeros 15 minutos, quienes se encuentran dentro del tiempo adecuado para conciliar el sueño. Así también, 14 presentan una latencia del sueño de 16 a 30 minutos, así como 5 sujetos tardan entre 31 a 60 minutos para dormir y 1 logra dormir después de 60 minutos. El grupo de mujeres demora 22 minutos en promedio para conciliar el sueño. El promedio de latencia de sueño en el grupo de hombres es de 24 minutos.

4.1.5. Gráfica 5: Distribución de la muestra según la duración del dormir en horas.



Se puede observar que el 50% de la muestra (20) tiene una duración del sueño entre 5 y 6 horas, seguidamente por un 30% (12) que duerme entre 6 y 7 horas. El 20% restante (8), suele dormir por más de 7 horas. El grupo de mujeres duerme 7 horas en promedio, en tanto que la duración promedio del sueño para el grupo de hombres es de 6 horas.

4.1.6. Tabla 1: Presentación de datos del promedio de la eficiencia del sueño habitual en cada grupo.

	Mujeres	Hombres
Eficiencia del sueño habitual	89.8%	86.9%

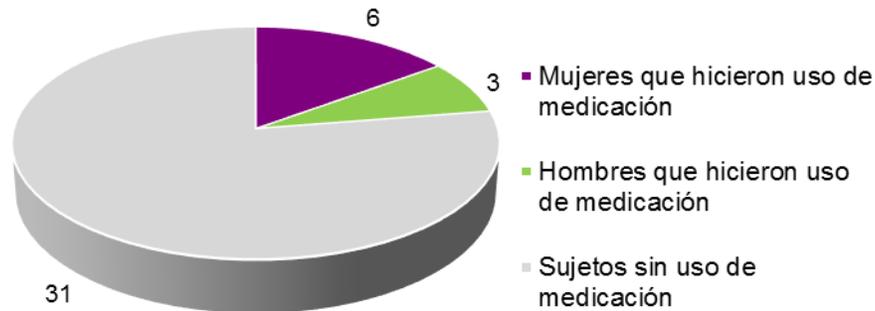
Los datos de esta tabla establecen que el grupo de mujeres cuenta con una mejor eficiencia del sueño habitual, pudiendo dormir satisfactoriamente en un 89.8%. Por el contrario, el grupo de hombres tiene un sueño habitual satisfactorio medido en un nivel del 86.9%.

4.1.7. Tabla 2: Distribución de la frecuencia de las alteraciones del sueño según cada grupo.

Alteraciones del sueño	Número de sujetos	
	Mujeres	Hombres
Despertarse en mitad de la noche	16	15
Tener que ir al baño	14	11
No poder respirar adecuadamente	6	6
Tos o ronquidos	9	15
Sentir frío	10	9
Sentir calor	17	15
Tener pesadillas o malos sueños	10	9
Tener dolor	9	8
Otros	4	8

En esta tabla se muestran las alteraciones que afectaron el sueño de los sujetos en el último mes. En el caso de las mujeres, el *sentir calor* es la condición que más perturba el sueño de este grupo, habiendo afectado a 17 de 20 mujeres, seguido por despertarse en mitad de la noche y tener que ir al baño. En cuanto al grupo de hombres, las principales alteraciones del sueño son: *despertarse en mitad de la noche*, *tos o ronquidos* y *sentir calor*, perjudicando la actividad del sueño a 15 sujetos.

4.1.8. Gráfica 6: Distribución de sujetos que tomaron algún tipo de medicamento para conciliar el sueño durante el último mes.



En esta gráfica se puede notar que el 22.5% de la muestra utilizó medicamentos para poder dormir, del cual 15% lo constituyen las mujeres (6), siendo ellas el grupo con mayor número de sujetos que recurrieron a fármacos. El otro 7.5% (3) son hombres que recurrieron a la medicación igualmente. El 77.5% de la muestra (31) no tomó medicamentos en el último mes para lograr conciliar el sueño.

4.1.9. Tabla 3: Presentación de puntuaciones de cada grupo para la disfunción diurna

	Mujeres	Hombres
Puntuación Disfunción Diurna	17	14

El grupo de mujeres presenta mayor disfunción diurna, demostrando tener más alteraciones y/o dificultades en sus actividades a lo largo del día, en relación a la calidad del

sueño tenida. La puntuación obtenida por el grupo de hombres se sitúa en un nivel levemente inferior al primer grupo, revelando tener perturbaciones durante el día de manera similar.

4.2. Resultados Comparativos

	<i>Género</i>	<i>Edad</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>Global</i>
Género	1									
Edad	0,019	1								
1	0,367	0,171	1							
2	0,083	0,314	0,393	1						
3	0,064	0,115	0,191	0,257	1					
4	0,168	0,179	0,325	0,433	0,480	1				
5	0,038	0,241	0,221	0,282	0,245	-0,069	1			
6	-0,120	0,110	0,082	0,278	-0,031	-0,162	0,307	1		
7	-0,115	0,180	0,166	0,128	0,133	-0,346	0,471	0,444	1	
Global	0,153	0,331	0,657	0,736	0,571	0,487	0,564	0,458	0,434	1

Para $N = 40$ y con un nivel de confianza del .05 al menos las correlaciones estadísticamente significativas (puestas en negrita) deben ser de $r = .312$ ($p = .05$) o mayores; a partir de $.403$ $p < .01$

La calificación global correlaciona positivamente con todas las variables excepto el género, además y en términos relativos estas correlaciones con calidad global son las mayores.

Por lo que respecta al género, la única correlación significativa se da con el Componente1: Calidad de sueño subjetiva, siendo esta positiva, exponiendo que los hombres puntúan más alto.

Se puede comparar las medias de hombres y mujeres en el único componente en el que parece haber una diferencia significativa:

Calidad subjetiva	Hombres, N = 20 M = 1.20, σ = 1.15	Mujeres, N = 20 M = .45, σ = .76	Diferencia $M_h - M_m = .80$	t, p t = 2.43 p = .02	d d = .77 78%
-------------------	--	--	---------------------------------	-----------------------------	---------------------

A pesar de que entre los hombres hay mucha más diversidad en calidad del sueño subjetiva, la diferencia con las mujeres es muy clara y muy poco probable (2%) que se explique por factores aleatorios. La diferencia no es sólo estadísticamente significativa, sino que puede calificarse como muy grande, tal como lo indica el tamaño del efecto (d). El 78% puesto en la tabla muestra que el “hombre medio” que en su grupo superaría en calidad de sueño subjetiva al 50% de su grupo, supera al 78% de las mujeres.

Como con género no hay otras correlaciones significativas, tampoco hay otras diferencias estadísticamente significativas.

La edad correlaciona positivamente con la calificación global y con el componente 2: Latencia de sueño; los sujetos de mayor edad puntúan más alto en esta variable, demorando más tiempo para poder conciliar el sueño. También es esta variable la que tiene una mayor relación con la calificación global.

El componente 1: Calidad de sueño subjetiva correlaciona positivamente con el componente 2: Latencia de sueño y el componente 4: Eficiencia de sueño habitual y sobre todo con la calificación global, considerándose grande en términos absolutos. Los sujetos que

puntúan más alto califican la calidad de su sueño como mala, demorando más tiempo para dormir y a tener índices altos en la calificación global, clasificándolos como malos dormidores.

El componente 2: Latencia de sueño correlaciona, además de con la edad y el componente 1, con el componente 4: Eficiencia de sueño habitual y sobre todo con la calificación global, siendo esta la mayor de todas las correlaciones de la tabla. En las mujeres media de 1.5, desviación .87 y en los hombres media de 1.3 y desviación .98, sin diferencias significativas. Sí tiene que ver con la edad, es decir, a mayor edad, mayor latencia. La relación no es especialmente grande pero sí estadísticamente significativa. Sí correlaciona con calidad de sueño subjetiva y con la eficiencia de sueño habitual.

El componente 3: Duración del dormir correlaciona, además de con calificación global, con el Componente 4: Eficiencia de sueño habitual, por lo que, a mayor duración del sueño, mayor eficiencia del sueño habitual se tiene.

El componente 4: Eficiencia de sueño habitual es el que tiene un mayor número de correlaciones significativas, con los componentes 1, 2 y 3 y además tiene una correlación significativa y la única negativa de toda la tabla con el componente 7: Disfunción diurna. Esto señala que, a mayor eficiencia, menores alteraciones se presentan en el funcionamiento diario del individuo.

El componente 5: Alteraciones del sueño solamente tiene una correlación con el componente 7: Disfunción diurna y con calificación global, como todos los demás. En tanto que existan mayor número de alteraciones en el sueño de la persona, más afectado se ve el rendimiento habitual de este y presenta mala calidad del sueño.

El componente 6: Uso de medicamentos para dormir solamente correlaciona con el componente 7: Disfunción diurna. La media en las mujeres es .5 y la desviación .89, en los hombres la media es .3 y la desviación es .80, la diferencia entre este componente y los distintos grupos es muy pequeña.

El componente 7: Disfunción diurna, correlaciona con los componentes 4 (negativa), 5 y 6, como se ha mencionado anteriormente.

V. DISCUSIÓN

Este estudio se realizó con el fin de establecer el nivel de calidad de sueño que presentan mujeres y hombres que atraviesan el periodo del climaterio. Para ello, se aplicó el Cuestionario de Calidad de Sueño de Pittsburgh a 40 sujetos, conformado por 20 mujeres y 20 hombres, que se encuentran atravesando la etapa del climaterio, con edades entre 45 y 55 años.

Por medio de los resultados, se encontró que de la muestra total, 45% lo conforman buenos dormidores y el 55% los malos dormidores. En la investigación realizada por Martínez (2014) se observaron resultados similares, en la que más de la mitad de la muestra de estudiantes de medicina, presentó una mala calidad de sueño igualmente.

Las mujeres constituyen el grupo con más sujetos con una mala calidad del sueño, no obstante, los malos dormidores en el grupo masculino, obtuvieron índices más altos a los que puntuaron las mujeres con mala calidad de sueño. Así mismo, existe una correlación positiva en cuanto a la edad y la calidad de sueño, demostrando que a mayor edad, hay una tendencia a que la calidad del sueño esté más afectada. Tal y como lo menciona Morin y Espie (2012) en cuanto al sueño en los hombres; este se ve más perjudicado a medida que la persona envejece, puesto que la producción de andrógenos disminuye conforme a la edad.

La percepción de las mujeres acerca de la calidad de su sueño resultó ser buena para la mayoría de estas, a pesar de que este grupo contiene la mayor cantidad de sujetos con un sueño alterado. Por otro lado, los hombres calificaron de forma más negativa su sueño en comparación al grupo femenino. Debido a que la calidad de sueño subjetiva correlaciona con

otros componentes, refleja que los hombres suelen demorar más tiempo para conciliar el sueño que las mujeres.

En cuanto al tiempo que demoran los sujetos para dormir, se determinó que la latencia de sueño es de 22 minutos en promedio para el grupo femenino. Con una mínima diferencia, los hombres consiguen dormir después de un promedio de 24 minutos. El 50% de la muestra consigue dormir en los primeros 15 minutos, pero el otro 50% señaló tener dificultad para iniciar el sueño.

En el caso del estudio llevado a cabo por Calcerrada et al. (2011), hallaron que el 33% de mujeres en la etapa de perimenopausia, entre 40 y 50 años, presentaba dificultad para dormir. Si se toma en cuenta únicamente al grupo femenino del presente estudio, se obtiene un resultado similar, siendo el 45% de mujeres con dificultad para lograr dormirse. Cabe mencionar que hay relación entre el componente de la latencia de sueño y la edad, pudiendo encontrarse allí la diferencia de los porcentajes entre las investigaciones, ya que en este se contaron con sujetos de mayor edad. Blancos (2010) hace énfasis en la dificultad para conciliar el sueño como parte de los síntomas comunes que acompañan a las mujeres en la etapa del climaterio, tanto para iniciar el sueño así como el despertarse durante este.

Se pudo establecer que las mujeres duermen 7 horas en promedio, en tanto que el sueño promedio del grupo masculino es de 6 horas. Nuevamente, en la investigación de Calcerrada et al. (2011), el 14% de las mujeres en perimenopausia, duermen menos de cinco horas, aspecto que difirió con este estudio, puesto que ningún sujeto tiene una duración del sueño menor a cinco horas. Tomando en cuenta estos resultados y la relación que tiene la

duración del sueño con la eficiencia del mismo, se puede evidenciar que ambos grupos obtuvieron puntuaciones adecuadas en la eficiencia de sueño habitual, es decir, las mujeres son capaces de completar el sueño satisfactoriamente en un 89.8%. El promedio de satisfacción en los hombres es de 86.9%; aunque estos difieren en mínimas cifras, ambos porcentajes representan un nivel apropiado de satisfacción.

Por otra parte, se logró conocer las alteraciones que afectan de manera más frecuente a ambos grupos. La condición que más afecta el sueño para el grupo de mujeres es sentir calor, seguido por despertarse en mitad de la noche o madrugada y tener que ir al baño. En cuanto al grupo masculino, las alteraciones principales son sentir calor, despertarse en mitad de la noche o madrugada y tos o ronquidos.

Las condiciones que alteran el sueño de la muestra, coinciden con varios síntomas que están presentes en la etapa del climaterio. Así como menciona Asili (2006), los calores súbitos o bochornos son manifestaciones usuales en este periodo. Si bien están mayormente asociados a la población femenina, estos son igualmente, parte de las alteraciones principales en el grupo masculino de este estudio.

Para Blancos (2010), el despertarse a mitad de la noche o madrugada, se traduce en la aparición del insomnio por los constantes despertares a lo largo del sueño. Según Pekker, (2011), el insomnio también es parte de los cambios que experimentan los hombres, pudiendo aseverar con los resultados de la investigación, que esta alteración es frecuente tanto en hombres como en mujeres.

De acuerdo a Chaby (2001), otro de los síntomas frecuentes en las mujeres es la urgencia miccional, existiendo una necesidad urgente y frecuente de orinar, la cual se refleja en una de las principales alteraciones del sueño en las mujeres al tener que acudir al baño, resultando dificultosa la tarea de contenerse.

Las demás alteraciones también hacen referencia a síntomas asociados a la etapa climatérica como sentir frío o escalofríos, dolor y dificultad para respirar. Salazar et al. (2012), encontraron hallazgos semejantes. En su estudio, los hombres en la etapa del climaterio manifestaron dolor articular, muscular y problemas del sueño.

Así mismo, con la investigación realizada por Leiva et al. (2013), se pueden relacionar algunos síntomas similares con alteraciones expuestas por la muestra del presente estudio. En este otro caso, los participantes de edades entre 35 y 60 refirieron que los cambios más comunes por los que estaban atravesando se encontraban: disminución del deseo sexual, labilidad emocional, bochornos y escalofríos, sudoración aumentada y cambios en patrones del sueño.

En el tema del uso de medicación, el 7.5% son hombres que recurren a medicamentos, pero las mujeres fueron quienes utilizaron más fármacos para poder conciliar el sueño, representadas por un 15% de la muestra. Por su parte, Calcerrada et al. (2011), obtuvieron resultados diferentes, encontrando que el 60% de mujeres perimenopáusicas hacía uso de fármacos y/o terapias alternativas.

Por último, se determinó que las mujeres tienen mayor disfunción diurna, presentando más dificultad para desempeñarse adecuada y óptimamente en las actividades diarias. Este

resultado es coherente con los demás, frente a relación con la cantidad y frecuencia de las alteraciones en el sueño, así como con el uso de medicamentos para lograr el sueño.

VI. CONCLUSIONES

1. Las mujeres en la etapa del climaterio revelaron tener una mejor calidad del sueño que los hombres que se encuentran en la misma etapa. Puntuaciones más elevadas, indican peor calidad de sueño; la media de la calidad del sueño para el primer grupo fue de 6.15 y para el segundo fue 7.15. A pesar de que hubo más sujetos masculinos en el grupo de buenos dormidores, los hombres obtuvieron calificaciones más altas en general, reflejando tener una peor calidad de sueño que las mujeres.
2. Las mujeres calificaron subjetivamente su calidad de sueño como bastante buena y buena, en su mayoría. Por el contrario, las respuestas de los hombres se concentraron en una calidad de sueño subjetiva clasificada como buena y bastante mala, es decir, las mujeres perciben tener un mejor sueño que el que tienen los hombres.
3. El promedio de latencia del sueño para el grupo de mujeres es de 22 minutos y para hombres es de 24 minutos. El grupo femenino suele demorar menos tiempo en conciliar el sueño comparado con el grupo masculino.
4. Las mujeres tuvieron una duración promedio del sueño de 7 horas y los hombres de 6 horas.
5. La eficiencia promedio del sueño habitual en el grupo de mujeres fue de 89.8%. El grupo de hombres presentó una eficiencia del sueño habitual en un 86.9%.
6. Las alteraciones que afectaron principalmente el sueño de las mujeres son: sentir calor, despertarse en mitad de la noche o madrugada y tener que ir al baño. En cuanto a los hombres, las principales perturbaciones fueron: sentir calor, despertarse en mitad de la noche o madrugada y tos o ronquidos.

7. De la muestra total, 9 sujetos declararon haber utilizado medicamentos para conciliar el sueño. Las mujeres constituyeron el grupo con mayor cantidad de sujetos con uso de fármacos, ya que de los nueve, 6 eran mujeres y 3 eran hombres.

8. Tanto el grupo femenino como masculino revelaron tener disfunción diurna, sin embargo, las mujeres evidenciaron tener mayores dificultades que los hombres, para llevar a cabo sus actividades cotidianas a lo largo del día.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las mujeres y hombres que se encuentran en el periodo de climaterio:

1. Conservar hábitos saludables como una alimentación balanceada y actividad física regular para contar con un estado y sensación de salud general, aminorar la intensidad de los síntomas, prevenir riesgos cardiovasculares, osteoporosis, entre otros.
2. Participar activamente en su propia salud; es importante conocer sobre el periodo de vida por el que atraviesa, los cambios que ocurren, trastornos asociados a esta etapa, tratamientos disponibles, etcétera.
3. Buscar apoyo profesional cuando los síntomas y cambios representen un malestar significativo en alguno/s de los diferentes ámbitos de su vida como personal, familiar, físico, sexual, emocional u otros.
4. Evitar tomar medicamentos o sustancias para conciliar el sueño y/o sobrellevar otros síntomas que se presentan durante esta etapa, sin la indicación y supervisión de un médico especialista en la salud.
5. Desarrollar una rutina que le permita regular de mejor forma el sueño. Establezca los mismos horarios para acostarse y levantarse a lo largo de la semana, incluso los fines de semana.
6. Utilizar el dormitorio únicamente para dormir y procure que este cuente con las condiciones propicias para facilitarle la tarea de dormir; es decir, que sea oscura, silenciosa y a temperatura ambiente.

7. Disminuir la toma de bebidas antes del sueño y así prevenir despertarse para ir al baño. Igualmente, evitar bebidas estimulantes como el café, té, sodas y chocolate caliente, ya que pueden mantenerlo despierto, haciendo más difícil el poder dormir.

Se sugiere al equipo de profesionales de la salud:

8. Trabajar con un equipo multidisciplinario que facilite el tratamiento y el control de los síntomas presentados en la persona que atraviesa el periodo del climaterio.

9. Indagar en la historia del paciente posibles trastornos del sueño o de otro tipo que pudieran complicar el curso de esta etapa.

Se recomienda a futuras investigaciones sobre el tema:

10. Considerar a hombres y mujeres que se encuentran en el climaterio, que pertenezcan al área rural o a distintas culturas dentro de la extensión de Guatemala.

11. Reunir una muestra mayor a la de esta investigación, pudiendo así obtener más información en cuanto a los resultados.

12. Investigar específicamente sobre las consecuencias psicológicas que conlleva la diversa sintomatología en mujeres y hombres.

13. Investigar la calidad de sueño relacionada a otras etapas vitales, como la adultez temprana y tardía.

VIII. REFERENCIAS

- Alexander, I. y Knight, K. (2007). *100 Preguntas y Respuestas Sobre la Menopausia*. Madrid: Edaf
- Arrondo, J. (2006). *Historia íntima del pene*. Valencia: Nau Llibres
- Asili, N. (2006). *Vida plena en la vejez*. México: Editorial Pax
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_cempl.pdf
- Ayuntamiento de Madrid. (1999). *Programa de menopausia: un buen momento para pensar en sí misma*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos
- Bajo, J., Lailla, J. y Xercavins, J. (2009). *Fundamentos de ginecología*. Madrid: Médica Panamericana
- Blancos, M. (2010). *Aspectos psicológicos de la menopausia*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/08_ago_2k10.pdf
- Blasco, S. (2012). *Menopausia una etapa vital*. Estados Unidos: Prisa Ediciones
- Becerra, A. (2003). *La edad de la menopausia*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos

Body Logic MD (2014). *Hormones and Depression in Men*. Recuperado de <https://www.bodylogicmd.com/for-men/depression>

Botella, J. y Clavero, J. (1993). *Tratado de ginecología*. (14ª ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos

Botello, A. (2013). *Aproximación a las creencias populares sobre los ciclos vitales femeninos desde la perspectiva de género* (Tesis doctoral). Recuperado de http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/2197/Y_TD_PS-PROV31.PDF

Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R., y Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. Recuperado de <http://www.sleep.pitt.edu/includes/showFile.asp?fltype=doc&flID=1296>

Calcerrada, C., Medina, M., Sandoval, E., Santesteban, M. y Silvera, C. (2011). *Alteraciones del sueño en mujeres entre 40 y 50 años* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2396/1/FE-0453TG.pdf>

Carro, T., Alfaro, A. y Boyano, I. (2006). *Trastornos del sueño*. Recuperado de http://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2026_II.pdf.

Casanueva, E., Kaufer, M., Pérez, A. y Arollo, P. (2008). *Nutrología médica*. (3ª ed.). México: Médica Panamericana

Castelo, C. y Haya J. (2009). *Osteoporosis y menopausia*. (2ª ed.). Madrid: Médica Panamericana

Chaby, L. (2001). *La menopausia*. México: Siglo XXI Editores

Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. España: Médica Panamericana

Contreras, A. (2013). *Sueño a lo largo de la vida y sus implicaciones en la salud*. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90360822&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=202&ty=147&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v24n03a90360822pdf001.pdf

Cuenca, M. (2006). *Fundamentos de fisiología*. Madrid, España: Thomson

Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D. y Spong, C. (2011). *Williams Obstetricia*. (23ª ed.). México: Mcgraw Hill

Davidson, J. (2012). *Sink Into Sleep: A Step-by-Step Workbook for Insomnia*. New York: Demos Medical Publishing

Dávila, J. (2010). *Sobre el sueño (y su necesidad)*. Recuperado de <http://www.encuentros.uma.es/encuentros131/dormir.pdf>

De la Fuente, V. y Martínez, C. (2009). *Comprender el insomnio*. España: Amat

- Dobovin, A. (2014). *The Shocking Truth About Female Hair Loss*. Estados Unidos: Lulu
- Ejemplode. (2015). *Ejemplo de alteración*. Recuperado de: http://www.ejemplode.com/39-psicologia/3187-ejemplo_de_alteracion.html
- Galindo, I. (2012). *Niveles de ansiedad en mujeres de 40 a 55 años durante el climaterio de la asociación de mujeres construyendo futuro de la comunidad Pomarosal, San Felipe, Retalhuleu* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Galindo-Isabel.pdf>
- García, J. (2009). *Calidad del sueño en pacientes hospitalizados en medicina interna* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Hart, A. (2000). *Unmasking Male Depression*. Estados Unidos: Thomas Nelson
- Haya, J. y Guerra, J. (2008). *Consensos en fitoterapia ginecológica*. Madrid: Médica Panamericana
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª ed.). México D.F.: McGraw hill
- Janot, J. (2005). *Understanding and Working with Special Populations*. IDEA Health & Fitness Association
- Karasek, M. (2006). *Aging and Age-related Diseases: The Basics*. New York: Nova Science Publishers

Legorreta, D. (2003). *La segunda adolescencia, los cambios a partir de los cuarenta*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma

Leiva, V., Arguedas, C., Hidalgo, M. y Navarro, Y. (2013). Conocimiento de las personas adultas sobre el climaterio, andropausia y la sexualidad. *Revista de Ciencias Sociales*, (140), 163-173. Recuperado de <http://revistacienciassociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/140/11-LEIVA.pdf>

Martínez, M. (2014). *Calidad del sueño y somnolencia diurna* (Tesis de licenciatura). Recuperado de http://cunori.edu.gt/descargas/Calidad_del_Sueo_y_Somnolencia_Diurna.pdf

Mazariegos, A. (2013). *Calidad de sueño y su relación con el estado nutricional en estudiantes de 18 a 25 años del Centro Universitario Metropolitano de la Ciudad de Guatemala. Febrero - marzo 2013* (Tesis de licenciatura inédita). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Micheli, F. y Fernández, M. (1996). *Neurología en el anciano*. Argentina: Médica Panamericana

Mimoun, S. y Chaby, L. (2001). *La Sexualidad Masculina*. México, D.F.: Siglo XXI

Monreal, F. (2010). *Lo que toda pareja quisiera que su urólogo le explicara*. España: Cultivalibros

Monterrosa, A., Carriazo, S. y Ulloque, L. (2012). Prevalencia de insomnio y deterioro de la calidad de vida en posmenopáusicas que presentan oleadas de calor residentes en el

Caribe Colombiano. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 63(1), 36-45.

Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v63n1/v63n1a03.pdf>

Morin, C. y Espie, C. (2012). *The Oxford Handbook of Sleep and Sleep Disorders*. Estados Unidos: Oxford University Press

Muntané, D. (2013). *Longevidad sexual masculina*. España: Club Universitario

Napal, S. (2006). *La salud masculina a prueba. Guía práctica de cuidados y recomendaciones*. España: Evidencia Médica

Núñez, D., y Méndez, D. (2014). Aspectos sociopsicológicos del climaterio y la menopausia. (Spanish). *Medisan*, 18(10), 1388-1398. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n10/san111810.pdf>

Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (3ª ed.). México: Cengage Learning

Ortuño, F. (2010). *Lecciones de psiquiatría*. España: Médica Panamericana

Palacios, S. (2010). *Alteraciones del sueño en la menopausia*. Recuperado de <http://www.institutopalacios.com/blog/alteraciones-del-sueno-en-la-menopausia/>

Palacios, S. y Menéndez, C. (2013). *Comprender los trastornos de la menopausia*. Barcelona: Amat Editorial

Pekker, M. (2011). *Sleep Disturbance: Male Menopause Symptoms*. Recuperado de <http://andropause-aid.blogspot.com/2011/10/sleep-disturbance-male-menopause.html>

Pontificia Universidad Católica de Chile. (s.f.). *Sueño*. Recuperado de http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/sueno.htm#subir

Real Academia Española. (2014). *Disfunción*. Recuperado de <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=disfunciones>

Real Academia Española. (2014). *Duración*. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=duraci%C3%B3n>

Real Academia Española. (2014). *Medicación*. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=medicaci%C3%B3n>

Risco, L. (2010). *Menopausia: efectos de cambios hormonales en ánimo y cognición*. Recuperado de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ConferenciasXXXX/4407>

Rodríguez, A. y Zehag, M. (2009). *Autonomía personal y salud infantil*. España: Editorial Editex

Rodríguez, B. (2009). Climaterio Masculino. *Revista Científica de UCES*, 13(2), 51-81.
Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/734/Climaterio_masculino.pdf?sequence=1

Salas, G. (2011). *Vivir bien es un placer*. Madrid: Prisa Ediciones

Salazar, A., Paravic, T., y Barriga, O. (2012). Percepción de los hombres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climaterio masculino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(1), 11-17. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v77n1/art03.pdf>

Sanatorio Alemán. (s.f.). *Andropausia: Los hombres sufren cambios hormonales asociados a la edad*. Recuperado de <http://www.sanatorioaleman.cl/articulos.php?sec=Articulo&idn=124>

Sánchez, E., Honrubia, M. y Chacón, D. (2005). *Guía básica de educación afectivo-sexual para personas con discapacidad visual*. España: Publicaciones i Ediciones de la Universitat de Barcelona

Sánchez, F. (2010). *Saber de salud*. España: Lulu

Segno, J. (2014). *Dolor de cabeza, migraña y cefalea*. Buenos Aires: Ediciones Lea

Sigelman, C y Rider, E. (2014). *Life-Span Human Development*. (8ª ed.). Estados Unidos: Cengage Learning

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. (2004). *Guía de práctica clínica menopausia y postmenopausia*. Recuperado de http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/GPC_menopausia_definitiva.pdf

Sordia, L. (2009). *Menopausia: la severidad de su sintomatología y depresión* (Tesis doctoral). Recuperada de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4654/lhsh1de1.pdf?sequence=1>

Sun, A. (2012). *Prevalencia de Trastornos del Sueño en Estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de Universidad Mariano Gálvez* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/46456.pdf>

Tan, R. (2005). *Aging Men's Health: A Case-Based Approach*. New York: Thieme

Toledo, D. (2011). *Bienestar psicológico en mujeres climatéricas* (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/42/Toledo-Diana/Toledo-Diana.pdf>

Velayos, J. (2009). *Medicina del sueño, enfoque multidisciplinario*. Madrid: Médica Panamericana

Werner, M. (s.f.) *Depression and Andropause*. Recuperado de <http://www.andropausespecialist.com/depression.php>

ANEXOS

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH

Las siguientes cuestiones hacen referencia a sus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Sus respuestas deben reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes. Por favor conteste a todas las preguntas.

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

Hora habitual de acostarse _____

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) habrá tardado en dormirse cada noche?

Número de minutos _____

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

Hora habitual de levantarse _____

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real ha mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuvo acostado/a)

Horas de sueño por noche _____

Para cada una de las cuestiones siguientes, seleccione la respuesta más adecuada a su situación. Por favor conteste todas las preguntas.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de...?

(a) no poder conciliar el sueño en los primeros 30 minutos:

No me ha ocurrido durante 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 en mitad de la noche o de madrugada:

No me ha ocurrido durante 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 ir al baño:

No me ha ocurrido durante 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 adecuadamente:

No me ha ocurrido durante 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) tos o ronquidos:

No me ha ocurrido durante 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:

No me ha ocurrido durante 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 calor:

No me ha ocurrido durante 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:

No me ha ocurrido durante 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) tener dolor:

No me ha ocurrido durante 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) otra causa, describir:

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

No me ha ocurrido durante 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 calificaría, en general, la calidad de su sueño?

Muy buena

Bastante buena

Bastante mala

Muy mala

7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuvo que tomar medicinas (prescritas o auto medicadas) para poder dormir?

No me ha ocurrido durante 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 tuvo dificultad para mantenerse despierto/a mientras conducía, comía o desarrollaba alguna actividad social?

- No me ha ocurrido durante 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, ¿qué tanto ha sido un problema para usted mantener el entusiasmo suficiente para hacer las cosas?

- Ningún problema
- Solo un leve problema
- Un problema
- Un gran problema

10. ¿Tiene pareja o compañero/a de habitación?

- No tengo pareja ni compañero/a de habitación
- Sí tengo pero duerme en otra habitación
- Sí tengo, duerme en la misma habitación pero diferente cama
- Sí tengo y duerme en la misma cama