

Trastornos del sueño en adultos atendidos en el Centro de Salud y Acción Comunitaria número 27, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Sleep disorders in adults treated at Health and Community Action Center No. 27, Buenos Aires, Argentina

Claudia Wydler¹, Carolina Fraga², Aldana Azcárate³, Eugenia Sarcona⁴

Resumen

Introducción: La mala calidad del sueño es un problema común en la población y puede afectar negativamente tanto la salud física como mental de las personas. **Objetivo:** Evaluar el índice general de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) en población de 18 años o más que concurren al Centro de Salud y Acción Comunitaria número 27 de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. **Metodología:** El estudio fue observacional, analítico, prospectivo, transversal. Se realizó, de manera dirigida, el cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh a 208 pacientes para evaluar la cantidad y calidad del sueño de los entrevistados. **Resultados:** Los 208 pacientes entrevistados tuvieron una edad promedio de 48.3 ± 14.6 años y 160 (76.9 %) eran mujeres. Durmieron en promedio 6.3 ± 1.5 horas por la noche y respecto de la calidad del sueño los resultados obtenidos fueron: latencia > a 15 minutos 81.3 % (169p), disfunción diurna 66.3 % (138p), duración < 7 horas 58.7 % (122p), eficiencia < al 85% 57.2 % (119p), uso de hipnóticos 27.4 % (57p), refirieron tener mala o muy mala calidad del sueño el 27 % (77p), perturbaciones del sueño 15.9 % (33p). El PSQI > 5, que refleja una pobre calidad del sueño fue del 65.4 % (136p). **Conclusiones:** Dada la alta prevalencia de sueño de baja calidad en la población atendida sería importante evaluar, de manera habitual en las consultas, la calidad del sueño de los pacientes e informar sobre las medidas higiénicas del sueño y ofrecer tratamiento.

Palabras clave: insomnio, sueño, Escala de Pittsburgh, trastornos del sueño, terapia cognitivo-conductual para el insomnio

Abstract

Introduction: Poor sleep quality is a common problem in the population and can negatively affect both physical and mental health. **Objective:** To evaluate the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in a population aged 18 years or older attending Health and Community Action Center No. 27 in the City of Buenos Aires, Argentina. **Methodology:** This was an observational, analytical, prospective, cross-sectional study. The Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire was administered to 208 patients in a targeted manner to assess the quantity and quality of their sleep. **Results:** The 208 patients interviewed had a mean age of 48.3 ± 14.6 years, and 160 (76.9%) were women. They slept an average of 6.3 ± 1.5 hours per night, and the results for sleep quality were: latency > 15 minutes 81.3% (169p), daytime dysfunction 66.3%

RECIBIDO 17/6/2025 - ACEPTADO 22/9/2025

¹Médica Psiquiatra, Centro de Salud y Acción Comunitaria número 27, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0001-0725-392X>.

²Médica de Familia, Centro de Salud y Acción Comunitaria número 27, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0003-6812-1407>.

³Estudiante de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0002-8184-5664>

⁴Médica Clínica, Centro de Salud y Acción Comunitaria número 27, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. <https://orcid.org/0009-0000-0748-6929>.

Autora correspondiente

Claudia Wydler

draclaudiawydler@gmail.com

Institución en que se realizó la investigación: Centro de Salud y Acción Comunitaria número 27, Área Programática del Hospital Ignacio Pirovano, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

(138p), duration < 7 hours 58.7% (122p), efficiency < 85% 57.2% (119p), use of hypnotics 27.4% (57p), reported poor or very poor sleep quality 27% (77p), and sleep disturbances 15.9% (33p). The PSQI > 5, reflecting poor sleep quality, was found in 65.4% (136p). Conclusions: Given the high prevalence of poor sleep quality in the population treated, it would be important to routinely assess patients' sleep quality in consultations and offer treatment or inform them about sleep hygiene measures.

Keywords: *insomnia, sleep, The Pittsburgh Sleep Quality Index, sleep disorders, cognitive-behavioral therapy for insomnia*

Introducción

La mala calidad de sueño es un problema común en la sociedad moderna. La prevalencia de insomnio es del 12-20 % en la población general mundial (De Crescenzo et al., 2022). En nuestro país, según una encuesta realizada por el Observatorio de Psicología Social de la Universidad de Buenos Aires, el 38,61 % del total de los encuestados presenta insomnio o sueño interrumpido, el 21,39 % duerme menos de lo habitual y el 15,95 % duerme más de lo habitual (Etchevers et al., 2022).

Los trastornos o disturbios del sueño, no solo se manifiestan mientras el individuo está dormido, sino que se prolongan durante el día, es decir, tienen repercusión a nivel médico con morbilidad y mortalidad asociadas, tanto orgánica (por ejemplo: cardiovascular) como psicológica, a nivel de las relaciones interpersonales y el rendimiento académico y laboral (Valiensi & Izbizky, 2021).

La evaluación de la calidad del sueño de los pacientes no suele ser estimada de manera rutinaria en la consulta de atención primaria. Habitualmente se aborda el tema del sueño y sus potenciales trastornos, como el insomnio, sólo cuando los usuarios lo demandan. Y esto ocurre a pesar de las repercusiones negativas que esta problemática a nivel psicosocial, ocupacional, económico y de salud, y que afectan la calidad de vida (Ruiz, 2007).

Hay diversos factores que pueden afectar el sueño de los pacientes, así como intervenciones que los profesionales podemos brindarles. Por ejemplo, se está estudiando cómo puede interferir el consumo de cafeína (Watson et al., 2016) en la calidad del sueño. Conociendo qué pacientes tienen dificultades para dormir, se puede intervenir en ese y otros factores para lograr una mejoría en su sueño.

Incluso intervenciones simples pueden ayudar a los pacientes a tener mejor calidad del sueño. Por ejemplo, los alimentos, especialmente aquellos ricos en triptófano y melatonina, pueden mejorar los trastornos del sueño. Consumir alimentos antes de acostarse puede tener un fuerte efecto sobre el sueño. Los alimentos especialmente ricos en triptófano, adminis-

trados antes de acostarse, ayudan a liberar insulina, lo que atrae aminoácidos de gran tamaño a los tejidos musculares y permite que el triptófano cruce la barrera hematoencefálica, promoviendo así la síntesis de serotonina y melatonina. Las bananas y la leche son alimentos ricos en triptófano que se sabe que tienen efectos inductores del sueño (Keser et al., 2024).

A lo largo de las distintas etapas vitales vamos modificando la forma en que dormimos. En los adultos mayores, los trastornos del sueño a menudo son difíciles de tratar porque los parámetros fisiológicos del sueño normalmente cambian con la edad (Rajput & Bromley, 1999). En las mujeres, según la etapa vital también se producen cambios en el sueño. Por ejemplo, la transición a la menopausia se asocia con una mayor frecuencia de trastornos del dormir (Proserpio et al., 2020). A su vez, en la mujer embarazada los trastornos del sueño son comunes y pueden aparecer o empeorar en caso de ya tenerlos antes de la gestación (Miller et al., 2020).

Es fundamental, entonces, conocer qué población, de qué edad y el género que tiene más problemas para dormir, ya que de esa forma se pueden tomar medidas específicas enfocadas en ese grupo determinado. Por ejemplo, en un estudio, en mujeres de mediana edad, los niveles bajos a moderados de ejercicio programado durante 12 a 16 semanas tuvieron un efecto positivo en la calidad del sueño según lo medido por el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), en comparación con los controles (Rubio-Arias et al., 2017).

Objetivo

Evaluar el índice general de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) en población de 18 años o más que concurrieron al Centro de Salud y Acción Comunitaria número 27 de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Materiales y método

Estudio observacional, analítico, prospectivo, transversal. Se realizó, de manera dirigida, luego de obtener el consentimiento informado del paciente, el cuestionario de calidad del sueño de Pittsburgh a 208 pacien-

tes para evaluar la cantidad y calidad del sueño de los entrevistados. Las encuestas se realizaron entre los meses de diciembre de 2024 a abril de 2025. Además, consignamos la edad y el género de los participantes. Fueron incluidos todos los pacientes de 18 años o más que aceptaron participar.

En el presente estudio se utilizó el cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) (Buysse et al., 1989) para evaluar la calidad y cantidad de sueño en los entrevistados. El PSQI es un cuestionario autoadministrado. Consta de 19 ítems autoevaluados por el sujeto 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. Los 19 ítems analizan siete componentes diferentes del sueño: calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. Cada componente se puntúa de 0 a 3. De la suma de los siete componentes se obtiene la puntuación total del PSQI, que oscila entre 0 y 21 puntos (a mayor puntuación, peor calidad de sueño). Buysse et al. proponen un punto de corte de 5 (puntuaciones ≥ 5 definen malos dormidores). Se trata de un cuestionario breve, sencillo y bien aceptado por los pacientes. En población general se puede utilizar como elemento de cribado para detectar «buenos» y «malos» dormidores. El Cuestionario de Calidad del Sueño de Pittsburgh fue diseñado con la intención de disponer de un instrumento que analice la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Macías y Royuela (1996). Su fiabilidad (alfa de Cronbach) es de 0.81.

Tamaño de la muestra

Para una prevalencia esperada de trastornos del sueño del 20 % (Vigo & Cardinali, 2015) y un margen de error del 5 % en la inferencia poblacional al 95 % de confianza, el tamaño muestral mínimo necesario es de 206 personas.

Análisis estadístico

Todos los resultados se expresaron como frecuencia/porcentaje y desvío estándar. El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico Statistix versión 8.0.

Consideraciones éticas

Todos los cuestionarios fueron anónimos y los procedimientos realizados siguieron las reglas de la Declaración de Helsinki de 2013 y su carta de enmienda para investigación en humanos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Ignacio Pirovano.

Resultados

Los 208 pacientes entrevistados tuvieron una edad promedio de 48.3 ± 14.6 años y 160 (76.9 %) eran mujeres. Durmieron en promedio 6.3 ± 1.5 horas por la noche y respecto de la calidad del sueño los resultados obtenidos fueron: latencia $>$ a 15 minutos 81.3 % (169p), disfunción diurna 66.3 % (138p), duración $<$ 7 horas 58.7 % (122p), eficiencia $<$ al 85 % 57.2 % (119p), uso de hipnóticos 27.4 % (57p), refirieron tener mala o muy mala calidad del sueño el 27 % (77p), perturbaciones del sueño 15.9 % (33p).

El PSQI $>$ 5, que refleja una pobre calidad del sueño fue del 65.4 % (136p) (ver Tablas 1 y 2).

No encontramos diferencias estadísticamente significativas según el género o la edad ni para el PSQI total, ni la cantidad de horas de sueño, ni para ninguno de los diferentes ítems de la subescala de Pittsburgh.

Discusión

En nuestro estudio el 65.4 % de la población estudiada puntuó con una pobre calidad del sueño y el 58.7 % duerme menos de 7 horas. En relación a la calidad subjetiva del sueño, el 27 % puntuó como mala a muy mala. Según un estudio realizado en Argentina, alrededor de un 20 % de la población general duerme poco o mal, porcentaje que puede trepar a 50 % o más en grupos de riesgo (Vigo & Cardinali, 2015).

Tabla 1. Características generales

n (%)	Varones 48 (23.1)	Mujeres 160 (76.9)	Total 208 (100)
Edad (M, SD)	52.4 \pm 11.6	47.1 \pm 15.1	48.3 \pm 14.6
PSQI total (M, SD)	7.8 \pm 4.3	7.9 \pm 4.3	7.9 \pm 4.3
Horas de sueño (M, SD)	6.5 \pm 1.7	6.3 \pm 1.4	6.3 \pm 1.5

Tabla 2. Subescalas PSQI. Proporción de sujetos con problemas en la calidad del sueño por género. No hubo diferencias significativas en ningún ítem según el género

	Varones n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Calidad subjetiva del sueño (mala/ muy mala)	13 (27.1)	64 (40)	77 (27.0)
Latencia > 15 min	39 (81.3)	130 (81.3)	169 (81.3)
Duración (< 7 horas)	26 (54.2)	96 (60.0)	122 (58.7)
Eficiencia (< 85%)	28 (58.3)	91 (56.9)	119 (57.2)
Perturbaciones del sueño (score ≥ 10)	4 (8.3)	29 (18.1)	33 (15.9)
Uso de medicación (si)	18 (37.5)	39 (24.4)	57 (27.4)
Disfunción diurna (si)	30 (62.5)	108 (67.5)	138 (66.3)
Pobre calidad del sueño (PSQI total > 5)	30 (62.5)	106 (66.3)	136 (65.4)

La mayoría de los adultos que descansan bien se duermen entre 10 y 20 minutos después de intentar dormir. En nuestro estudio la latencia >15 minutos fue del 81.3 % (169p). Se debe considerar que los adultos con insomnio suelen tardar 30 minutos o más en conciliar el sueño.

En un amplio estudio en Estados Unidos, desde 2017 a 2020, se midió cómo dormían 9004 personas. La duración del sueño fue de 7.59 horas en los días laborales y de 8.24 horas en el fin de semana (Di et al., 2022). En nuestro estudio de prevalencia, además de que la gente refería dormir menos horas, no hemos realizado dicha diferencia.

Si bien hay una cierta "normalidad" (se duerme profundamente en general en las primeras horas de la noche y luego el sueño es más superficial e incluso es probable que haya despertares ocasionales), lo esperable y recomendable sería que los adultos duerman entre 7 a 9 horas por noche. Debe tenerse en cuenta que no todo mal dormir o insuficiente es insomnio. La insuficiencia crónica del sueño a veces se confunde con insomnio. Aunque ambas afecciones se caracterizan por una disminución de la cantidad de sueño, las personas con privación de sueño se duermen rápidamente si se les da la oportunidad, mientras que las personas con insomnio no pueden conciliar el sueño, aunque se sientan fatigadas durante el día.

La eficiencia del sueño se define como el porcentaje de tiempo que la persona duerme en relación al tiempo que permanece en la cama. Una eficiencia normal del sueño es de al menos el 85 %. En nuestro estudio, el 57.2 % tuvo una eficiencia menor a ese porcentaje.

El 33 % de los participantes de nuestro estudio presentaron perturbaciones del sueño, con lo cual consideramos que en atención primaria sería adecuado consultar si el paciente cumple con las medidas higié-

nico dietéticas del sueño. Por ejemplo, si duerme en un ambiente que propicia el sueño (sin frío ni calor). También, dada la alta prevalencia de perturbaciones del sueño, sería importante indagar si tiene problemas respiratorios o si algún otro aspecto le interrumpe el sueño. Se debe considerar que, por ejemplo, el ronquido, que puede ser una perturbación para el buen descanso, es frecuente y afecta a más del 40 % de los adultos mayores de 50 años de forma regular. Roncar está asociado con somnolencia diurna, aun en ausencia de apnea del sueño. Un estudio demostró que las personas que tienen ronquidos e insomnio combinados presentan un mayor riesgo de hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, somnolencia diurna y uso de hipnóticos. Los ronquidos y el insomnio son quejas muy comunes relacionadas con el sueño en la población general. Por lo tanto, sería importante considerar la incidencia de ronquidos en los pacientes que buscan asistencia médica por insomnio y, viceversa, en los pacientes con ronquidos que consultan sobre el insomnio (Hagg et al., 2022).

En relación al uso de medicación para dormir, en nuestro estudio el 27.4 % (57p) usaba hipnóticos. En un estudio similar con 219 pacientes, donde 86 tenían insomnio, y de ellos el 37 % recibía benzodiazepinas, el fármaco fue correctamente indicado en 18 pacientes (56 %) mientras que en el resto no estaba correctamente indicado, además de que seis de estos pacientes se habían automedicado. El estudio considera que las benzodiazepinas se usan incorrectamente y que los profesionales de la salud deberían tener un mayor conocimiento de dichos medicamentos (Torre-Cisneros et al., 1990).

La escala de Pittsburgh pregunta si en el último mes el paciente ha recibido medicación para dormir, ya sea indicada por un profesional u obtenida por su

propia cuenta. Consideramos que sólo preguntar sobre los fármacos recibidos como posible tratamiento es una limitación en nuestra investigación. Creemos que deberíamos haber incluido una pregunta sobre si ha recibido, de parte de algún profesional de la salud, consejos para tener un buen descanso. En un estudio sobre la utilidad de la terapia cognitivo-conductual sobre las creencias disfuncionales sobre el sueño, se vio que éstas se reducían considerablemente en el grupo de pacientes que recibían terapia cognitiva para el insomnio (Hartley et al., 2023).

La Academia Americana de Medicina del Sueño recomienda que los profesionales de la salud utilicen la terapia cognitivo-conductual para el insomnio como tratamiento de primera línea para el insomnio crónico en adultos (Edinger et al., 2021).

A su vez, la guía europea para el diagnóstico y tratamiento del insomnio recomienda la terapia cognitivo-conductual para el insomnio como tratamiento de primera línea para el insomnio crónico en adultos de cualquier edad (recomendación fuerte, evidencia de alta calidad). Se puede ofrecer una intervención farmacológica si la terapia cognitivo-conductual para el insomnio no es lo suficientemente efectiva o no está disponible (Riemann et al., 2017).

Aunque el tratamiento farmacológico para el insomnio es el más extendido, es el tratamiento psicológico el que mantiene sus efectos a lo largo del tiempo (Navarro-Bravo et al., 2014).

La somnolencia excesiva diurna, al interferir con la atención, disminuir tiempo de reacción y causar problemas de memoria, y la mala calidad del sueño son consideradas problemas de salud pública en la sociedad occidental, que afectan al estado de ánimo y el rendimiento laboral y académico, y pueden tener consecuencias como accidentes de tránsito y afectar a la calidad de vida. La prevalencia de este proceso que repercute directamente en la funcionalidad del individuo es de un 12-16 % de la población general (Machado-Duque et al., 2015).

En nuestro estudio, la somnolencia y/o la dificultad para realizar tareas durante el día dado el mal dormir en nuestros pacientes fue del 66,3 %.

Considerando que insomnio es tan prevalente en la sociedad, teniendo en cuenta que las personas pasan aproximadamente un tercio de su vida durmiendo y siendo la terapia cognitivo-conductual para el insomnio de primera línea para el insomnio crónico, nos parece importante incluir en futuras investigaciones si los pacientes han recibido algún recurso de la misma.

También podría ser de utilidad capacitar a los profesionales de la salud para aplicar la terapia cognitiva del insomnio, además de detectar otros trastornos del sueño y sus tratamientos.

Limitaciones

Si bien la investigación utiliza el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, es importante destacar algunas limitaciones de esta escala. Su aplicación es sencilla, autoadministrada y puede servir para diferenciar “gente que duerme bien” de la gente que no. También es útil para estudiar la relación entre la calidad del sueño y otras variables como la edad, el género y condiciones clínicas o psiquiátricas determinadas.

Hoy en día, el PSQI no tiene en cuenta el uso de tecnología y pantallas, un aspecto de suma relevancia en la actualidad, principalmente después de la pandemia del Covid-19, debido al creciente uso de las mismas, tanto durante el día, como al acostarse, aspecto que creemos vinculado con la latencia del sueño.

Por otro lado, el PSQI tampoco pregunta sobre la presencia de comorbilidades psiquiátricas o neurológicas que podrían influir en los patrones de sueño (si bien algunas personas las referían de forma espontánea al momento de la entrevista). El PSQI no toma en cuenta si el paciente recibe medicación que puede afectar la forma en que duerme: carvedilol, propranolol, furosemida, donepezilo, rivastigmina, estatinas, etc.

Si bien el cuestionario realizado no es suficiente para medir todas las variables por las cuales los pacientes duermen mal y si bien la muestra es pequeña, es contundente el dato de que la población analizada no duerme lo suficiente ni con buena calidad.

Conclusiones

Dada la alta prevalencia de sueño de baja calidad en la población atendida sería importante evaluar, de manera habitual en las consultas, la calidad del sueño de los pacientes y ofrecer tratamiento o informar sobre las medidas higiénicas del sueño. También se necesitan más profesionales que estén capacitados en el tratamiento de los trastornos del sueño y estudios respecto a cómo implantar la terapia cognitivo-conductual para el insomnio en el sistema sanitario. Si bien el tratamiento *gold standard* para el insomnio es la terapia cognitivo-conductual para el insomnio, no hay suficientes profesionales capacitados en dicho abordaje no farmacológico y pocos son los pacientes que acceden al mismo.

Conflicto de intereses: las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos: por la corrección del texto y aportes a la Lic. Mariana Gómez.

Referencias bibliográficas

- Buyse, D. J., Reynolds, C.F. 3rd, Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2): 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- De Crescenzo, F., D'Alò, G. L., Ostinelli, E. G., Ciabattini, M., Di Franco, V., Watanabe, N., Kurtulmus, A., Tomlinson, A., Mitrova, Z., Foti, F., Del Giovane, C., Queded, D. J., Cowen, P. J., Barbui, C., Amato, L., Efthimiou, O., Cipriani, A. (2022). Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 400(10347):170-184. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00878-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00878-9)
- Di, H., Guo, Y., Daghlas, I., Wang, L., Liu, G., Pan, A., Liu, L., Shan, Z. (2022). Evaluation of Sleep Habits and Disturbances Among US Adults, 2017-2020. *JAMA News Open*. 5(11):e2240788. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40788>
- Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., et al. (2021). Tratamientos conductuales y psicológicos para el insomnio crónico en adultos: revisión sistemática, meta análisis y evaluación GRADE de la Academia Americana de Medicina del Sueño. *J Clin Sleep Med*, 17(2):263-298. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8988>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J. (2022). Relevamiento del estado psicológico de la población argentina [Internet]. *Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires* (Argentina); actualizado 18 diciembre 2022; Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Hägg, S. A., Ilieva, E., Ljunggren, M., Franklin, K. A., Middelveld, R., Lundbäck, B., Janson, C., & Lindberg, E. (2022). The negative health effects of having a combination of snoring and insomnia. *Journal of clinical sleep medicine*, 18(4), 973-981. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9764>
- Hartley, S., Dagneaux, S., Palethorpe, C., Londe, V., Liane, M. T., Decalf, L., Aussert, F., Colas des Francs, C., Leymarie, R., & Royant-Parola, S. (2023). Un programme court de TCCi en groupe par visioconférence dans l'insomnie modifie-t-il les croyances erronées? [Does a short telemedicine-based CBT programme for insomnia lead to changes in dysfunctional beliefs about sleep?]. *L'Encephale*, 49(2), 124-129. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.08.022>
- Keser, M. G., Yuksel, A., Ekmekci, A. H., Vatansev, H. (2014). Bedtime banana and milk intake on sleep and biochemical parameters. *Asia Pac J Clin Nutr*, 33(4):481-489. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39209357/>
- Machado-Duque, M. E., Echeverri Chabur, J. E., Machado-Alba, J. E. (2015). Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(3), 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.002>
- Macías, J. A. y Royuela, A. (1996). La versión española del índice de calidad de sueño de Pittsburgh. *Informaciones Psiquiátricas*, 146, 465-472.
- Miller, M. A., Mehta, N., Clark-Bilodeau, C., & Bourjeily, G. (2020). Sleep Pharmacotherapy for Common Sleep Disorders in Pregnancy and Lactation. *Chest*, 157(1), 184-197. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.09.026>
- Navarro-Bravo, B., Párraga-Martínez, I., López-Torres Hidalgo, J., Andrés-Pretel, F., & Rabanales-Sotos, J. (2014). Group cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis. [Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del insomnio: metaanálisis]. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(1), 8-18. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.168641>
- McNamara, S., Spurling, B., Bollu, P. (2025) *Chronic insomnia*. National library of medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526136/>
- Proserpio, P., Marra, S., Campana, C., Agostoni, E. C., Palagini, L., Nobili, L., & Nappi, R. E. (2020). Insomnia and menopause: a narrative review on mechanisms and treatments. *Climacteric: the journal of the International Menopause Society*, 23(6), 539-549. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1799973>
- Rajput, V., & Bromley, S. M. (1999). Chronic insomnia: a practical review. *American family physician*, 60(5), 1431-1442.
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., Weeß, H. G., ... Spiegelhalter, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*, 26(6), 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Rubio-Arias, J. Á., Marín-Cascales, E., Ramos-Campo, D. J., Hernandez, A. V., & Pérez-López, F. R. (2017). Effect of exercise on sleep quality and insomnia in middle-aged women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Maturitas*, 100, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.04.003>
- Ruiz, C. (2007). Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de Psicología*, vol. 23, núm. 1. disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723114.pdf>
- Torre-Cisneros, J., Villar, A., Hidalgo, L., Aguado, C., López-Miranda, J., & Pérez-Jiménez, F. (1990). Estudio sobre la indicación de las benzodiazepinas en el tratamiento del insomnio [The indications for benzodiazepines in the treatment of insomnia]. *Medicina clínica*, 95(18), 681-683.
- Valiensi, S., Izbizky, G. (2021) ¿Por qué duermen mal las mujeres embarazadas comparadas con las no gestantes? Estudio de corte transversal. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*. 32(152): 41-50. <https://doi.org/10.53680/vertex.v32i152.48>
- Vigo, D. E., Cardinali, D. P. (2015). A diez años de la primera encuesta sobre prevalencia de alteraciones del sueño en poblaciones urbanas de América Latina: ¿Cómo dormimos los argentinos? [en línea]. *La Prensa Médica Argentina*, 101(5):278-282. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=investigacion&d=die-z-años-primera-encuesta>
- Watson, E. J., Coates, A. M., Kohler, M., & Banks, S. (2016). Caffeine Consumption and Sleep Quality in Australian Adults. *Nutrients*, 8(8), 479. <https://doi.org/10.3390/nu8080479>