

# Validación del Índice de Calidad del Sueño Pittsburgh en ancianos institucionalizados

## Objetivo

Validar el Índice de calidad del sueño (PSQI) para detectar insomnio y calidad del sueño en una población igual o mayor de 65 años institucionalizados.

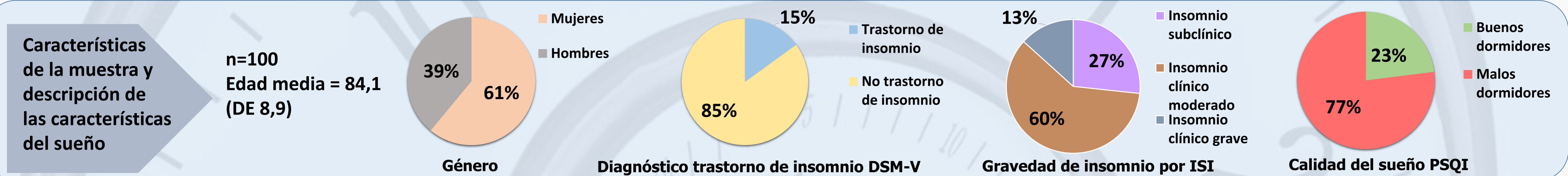
## Material y métodos

Estudio descriptivo y transversal sobre una muestra de 100 sujetos  $\geq 65$  años institucionalizados en la residencia Vasco Núñez de Balboa de Albacete. La calidad del sueño fue evaluada con el PSQI usando el diagnóstico de trastorno de insomnio según el DSM-V y el Índice de gravedad del insomnio (ISI) como patrones oro.

PSQI: 19 preguntas agrupadas en 7 componentes.

Componente 1	Calidad subjetiva del sueño	Componente 5	Perturbaciones del sueño
Componente 2	Latencia del sueño	Componente 6	Uso de medicación
Componente 3	Duración del sueño	Componente 7	Disfunción diurna
Componente 4	Eficiencia del sueño		

## Resultados



### 1. Validez constructo

El valor del  $\alpha$  Cronbach fue de 0,635 ( $p < 0,001$ ) indicando buena consistencia interna. Se apreciaron buenas correlaciones entre los ítems que conforman el PSQI, excepto para el ítem 6 "utilización de medicación para dormir" (Fig.1).

	Item 1 Calidad subjetiva del sueño	Item 2 Latencia del sueño	Item 3 Duración del sueño	Item 4 Eficiencia del sueño	Item 5 Perturbaciones del sueño	Item 6 Uso de medicación	Item 7 Disfunción diurna
Item 1	r	1	0,313	0,547	0,381	0,461	0,076
	p		0,002	0,000	0,000	0,000	0,462
Item 2	r	1	0,201	0,334	0,076	-0,009	0,139
	p		0,045	0,001	0,451	0,931	0,167
Item 3	r		1	0,592	0,252	-0,166	0,359
	p			0,000	0,011	0,105	0,000
Item 4	r			1	0,316	-0,010	0,299
	p				0,002	0,925	0,003
Item 5	r				1	0,025	0,448
	p					0,810	0,000
Item 6	r					1	-0,006
	p						0,953
Item 7	r						1
	p						

Fig.1. Matriz de correlaciones entre componentes del PSQI

Aunque la idoneidad de la escala no pudo demostrarse (prueba de esfericidad de Bartlett no significativa), en el análisis factorial de componentes principales se identificaron tres componentes que fueron responsables del 74% de la varianza total. La categoría de sueño (componente 1) representó el 28,1% de la varianza, la firmeza de sueño (componente 2) el 25, 8% y el desarreglo del sueño (componente 3) el 20,5% (Fig.2).

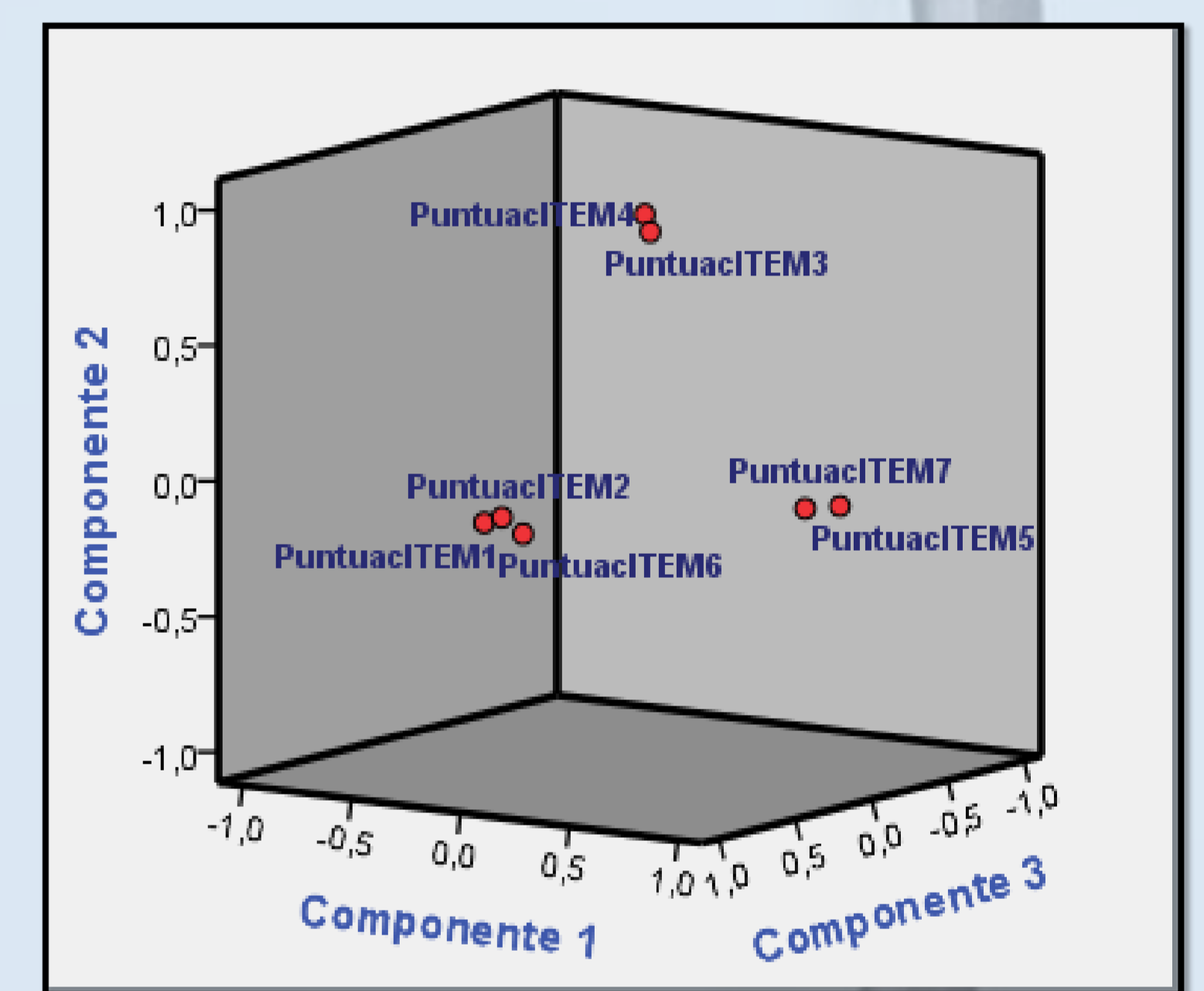


Fig.2. Gráfico de componente en espacio rotado

### 2. Validez concurrente

El coeficiente de correlación de Pearson entre el PSQI y el DSM-V fue  $r = 0,625$  ( $p < 0,001$ ) y entre el PSQI y la escala ISI  $r = 0,699$  ( $p < 0,001$ ), mostrando una buena asociación (Fig.3).

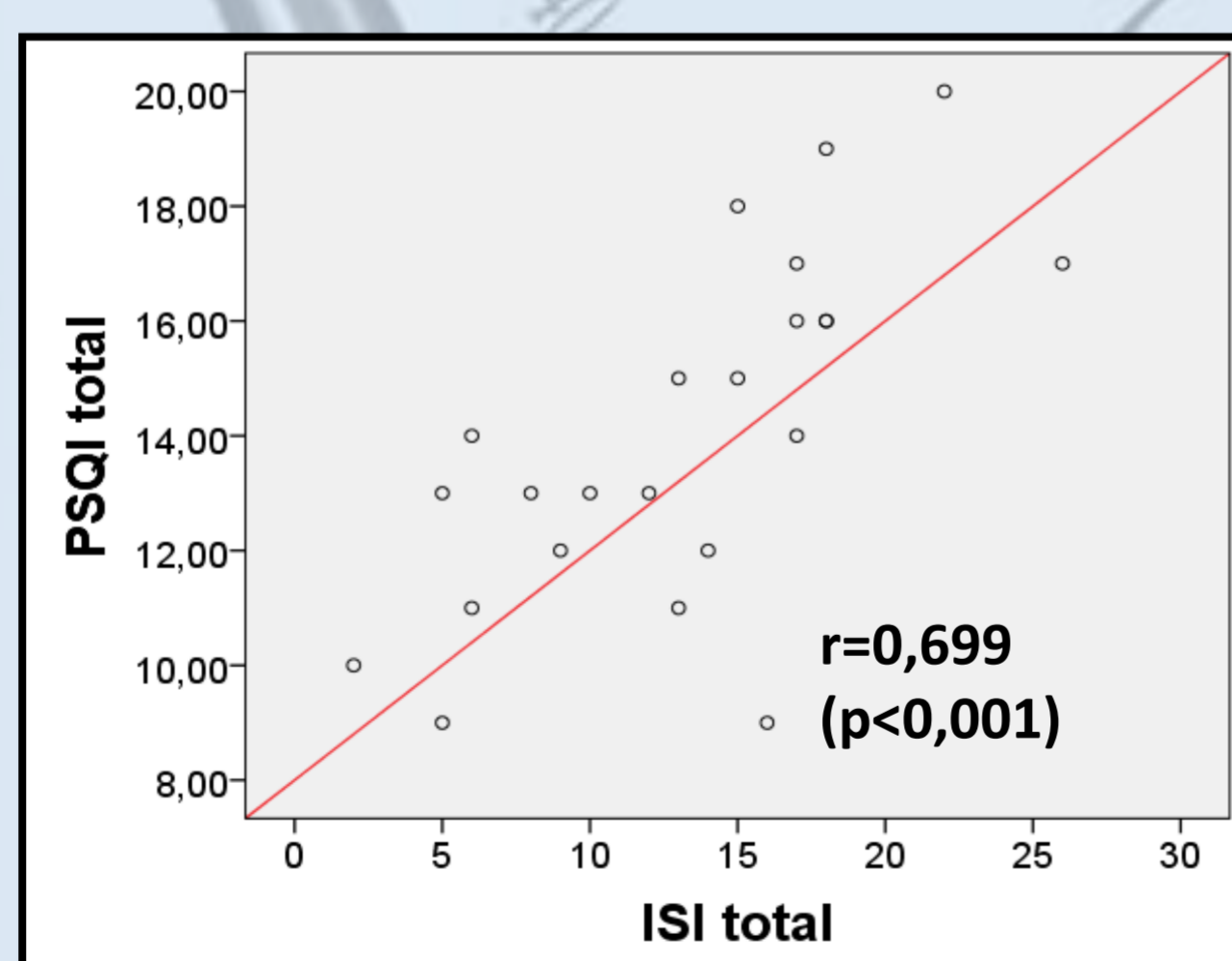


Fig.3. Gráfico de dispersión entre PSQI e ISI.

### 3. Efecto techo y suelo

La escala no presentó efecto techo porque ningún paciente alcanzó la máxima puntuación y solo dos 19 o 20 puntos (2%). Tampoco se observó efecto suelo puesto que solo un participante obtuvo la menor puntuación y 6 obtuvieron entre 1 y 2 puntos. Los datos del PSQI no siguen una distribución normal (Fig.4).

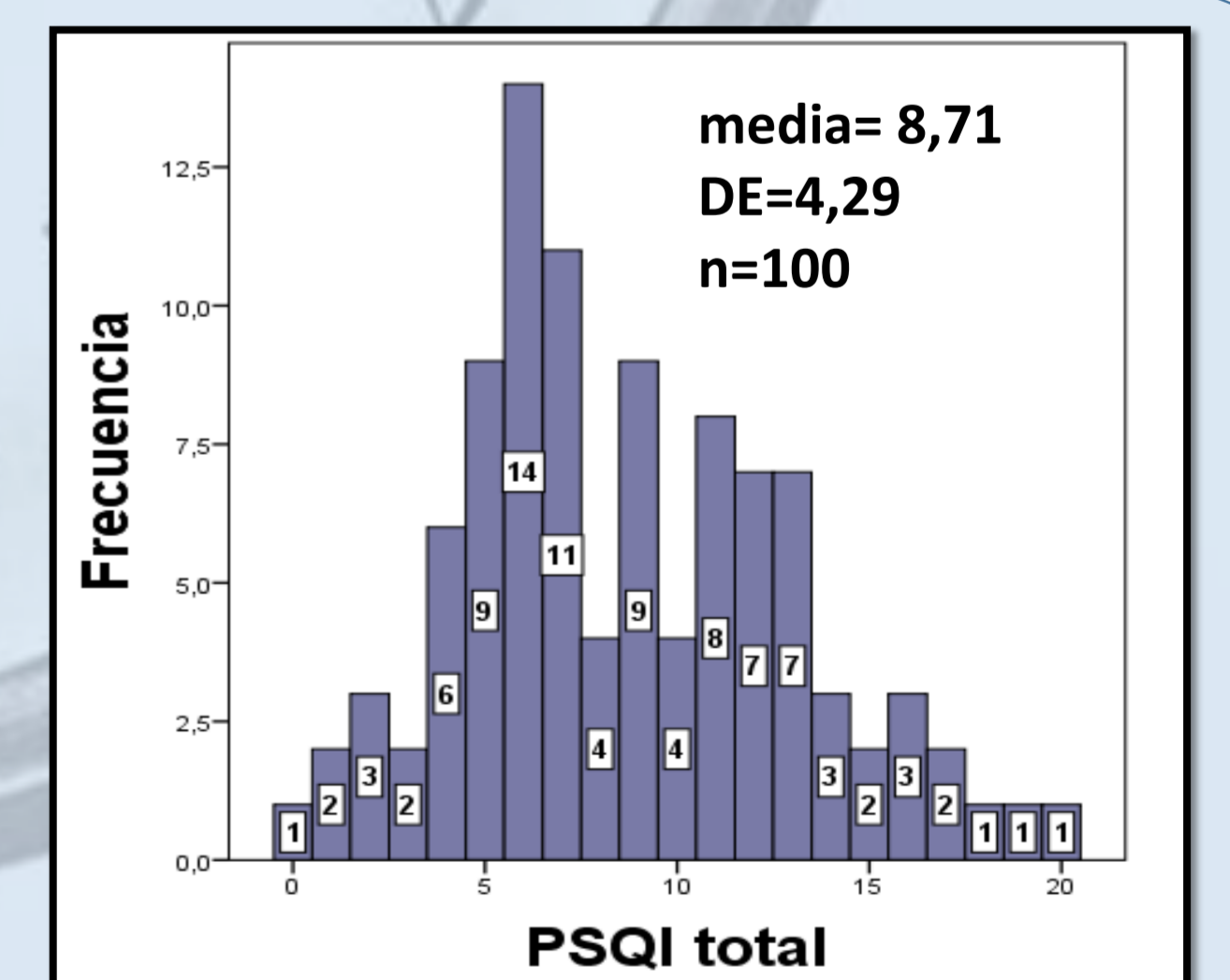


Fig.4. Distribución de frecuencias PSQI.

### 4. Rendimiento global del test

Se construyeron curvas ROC frente al diagnóstico por DSM-V de insomnio. El área bajo la curva fue de 0,94 (IC 95% 0,89-0,99) ( $p < 0,001$ ) (Fig.5), y se encontró que el punto de corte más adecuado para detectar insomnio y calidad de sueño fue de 11-12 ( $S = 87\%$  y  $E = 83\%$ )

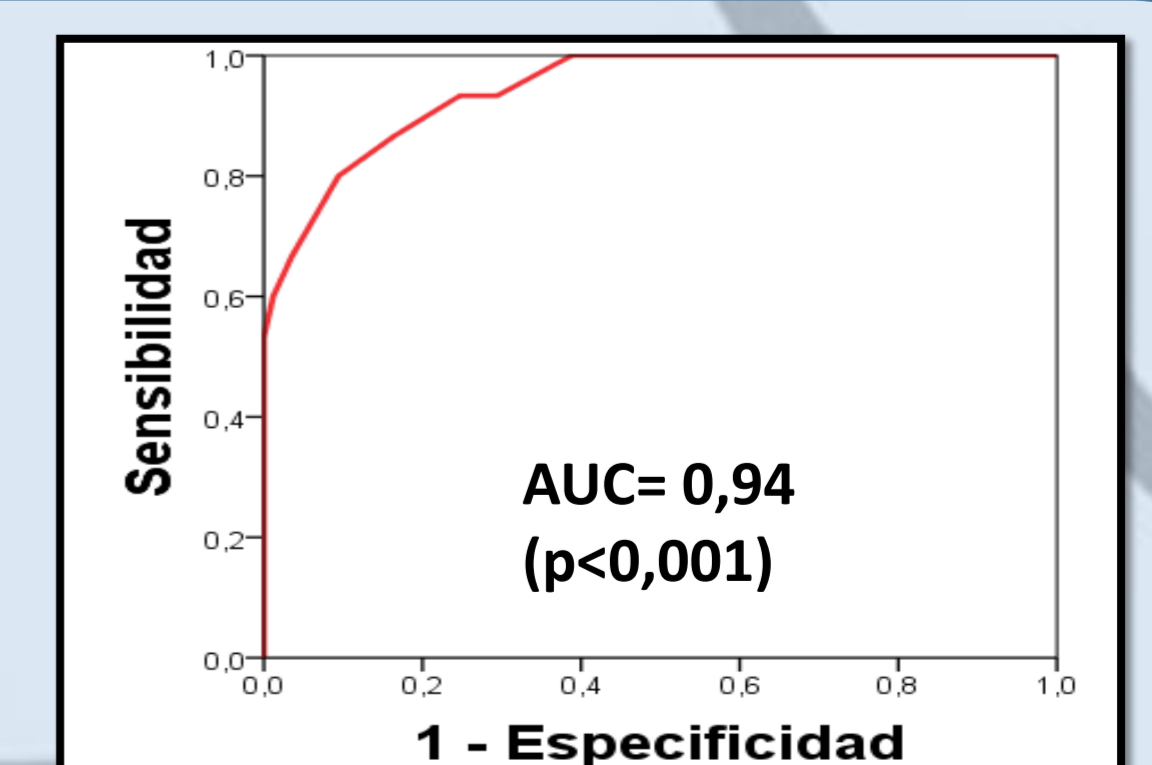


Fig.5. Curva COR

## Conclusiones

El Índice de calidad de sueño Pittsburgh es una herramienta válida para detectar insomnio y gravedad del sueño en mayores institucionalizados, aunque su punto de corte varía en esta población, pasando a ser 11-12 ( $S = 87\%$  y  $E = 83\%$ ).