

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster en Psicología General Sanitaria
CURSO 2023-2024

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL SUEÑO, EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
Y LA SALUD MENTAL EN ADULTOS
(Planteamiento de una investigación empírica)

ORIANA YÁÑEZ VIDAL

Oviedo, enero 2024

Resumen

Introducción: La calidad del sueño es cada vez más relevante, ya que los problemas de sueño son frecuentes entre la población española. Ésta se asocia con la dieta, el ejercicio, ansiedad y depresión. En otros países se ha encontrado una relación negativa con el consumo de alcohol y tabaco, mientras que la relación con el cannabis se comienza a investigar. El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y medicación hipnosedante), la ansiedad y la depresión. **Método:** Participaron 303 personas (73,3% mujeres; M_{edad} [DT]: 36,48 [13,45]). Se empleó una batería de evaluación compuesta por el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), preguntas ad-hoc para el consumo de sustancias, el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C) y el *Heaviness Smoking Index* (HSI), el Cuestionario sobre Salud del Paciente (PHQ-9) para la depresión y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). **Resultados:** Se obtuvieron diferencias de sexo en la calidad global del sueño ($t=2,267, p=0,024$), siendo peor en las mujeres que en los hombres. Además, se evidenció una relación entre una peor calidad del sueño y un menor nivel de ingresos ($r=-0,166, p=0,004$) y el consumo en los últimos 12 meses de tabaco ($r=-0,136, p=0,018$) e hipnosedantes [solos ($r=-0,347, p<0,001$) y mezclados con alcohol y otras drogas ilegales ($r=0,249, p=0,039$)]. Varios componentes de la calidad del sueño también presentan correlación con estas sustancias y con el alcohol. **Conclusiones:** El tabaco y los hipnosedantes son las sustancias más relacionadas con la calidad de sueño, probablemente debido a la dependencia de la nicotina y la tolerancia a los hipnosedantes. La relación entre el uso de cannabis y la calidad de sueño debe ser estudiada en más profundidad en el futuro.

Palabras clave: Calidad del sueño, alcohol, tabaco, cannabis, medicación hipnosedante

Abstract

Introduction: Sleep quality is increasingly relevant, as sleep problems are frequent among the Spanish population. Sleep quality is associated with diet, exercise, anxiety, and depression. In other countries, a negative correlation with alcohol and tobacco use has been found, while the association with cannabis has been newly investigated. The aim of this study was to examine how sleep quality is related to substance use (alcohol, tobacco, cannabis, and hypnotosedative medication), anxiety, and depression. **Method:** A total of 303 people participated (73.3% women. Age average [SD]: 36.48 [13.45]). An assessment battery was used, consisting of the *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), ad-hoc questions for substance use, the *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C) and the *Heaviness Smoking Index* (HSI), the *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) for depression, and the *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7). **Results:** Gender differences were found in the global quality of sleep ($t=2.267$, $p=0.024$), being worse in women than in men. In addition, there was correlation between poorer sleep quality and a lower level of income ($r=-0.166$, $p=0.004$), and the consumption in the last 12 months of tobacco ($r=-0.136$, $p=0.018$) and hypnotosedatives [on their own ($r=-0.347$, $p<0.001$) and mixed with alcohol and other illegal drugs ($r=0.249$, $p=0.039$)]. Several components of sleep quality are also correlated with these substances and with alcohol use. **Conclusions:** Tobacco and hypnotosedatives are the substances most related to sleep quality, probably due to nicotine dependence and tolerance to hypnotosedatives. The association between cannabis usage and sleep quality needs to be studied further in the future.

Key words: Sleep quality, alcohol, tobacco, cannabis, hypnotosedative medication

Índice

Introducción	4
Método	8
Participantes y procedimiento	8
Instrumentos.....	9
<i>Calidad del sueño.....</i>	<i>9</i>
<i>Uso de sustancias y consumo de psicofármacos</i>	<i>10</i>
<i>Variables emocionales.....</i>	<i>12</i>
Análisis de datos	14
Resultados	16
Características descriptivas de la muestra.....	16
<i>Calidad del sueño.....</i>	<i>16</i>
<i>Consumo de sustancias y psicofármacos</i>	<i>16</i>
<i>Variables emocionales.....</i>	<i>20</i>
Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y variables emocionales	20
Discusión.....	27
Referencias	33
Índice de tablas	40
Índice de figuras	40
Índice de anexos.....	41

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Dormir es sumamente necesario para el bienestar de las personas, ya que la privación del sueño conlleva fatiga, somnolencia, se asocia con cambios físicos importantes, con enfermedades cardiovasculares diversas y aumenta el riesgo de mortalidad (Merino Andréu et al., 2016). Asimismo, se ha encontrado que el dormir es esencial, ya que la falta de descanso deteriora las funciones cognitivas (Sewell et al., 2021), reduce la capacidad de concentración (Diekelmann, 2014) y se relaciona con una peor calidad de vida (McLean et al., 2021). Así, Jiménez-Vaquero et al. (2023) señalan que los problemas relacionados con los hábitos de sueño adquieren cada vez más peso en cuanto a la salud pública mundial.

A pesar de la importancia que tiene la acción de dormir, la duración del sueño no es el aspecto más importante del mismo, ya que la calidad del sueño, así como su continuidad y su irregularidad, tienen roles muy relevantes en la salud (Jiménez-Vaquero et al., 2023). Royuela Rico y Macías Fernández (1997) adaptaron al castellano el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Buysse et al., 1989), a través del cual se describe la calidad del sueño como una variable multidimensional que integra: la calidad subjetiva del sueño, la latencia de sueño, la duración del sueño, la eficiencia del sueño habitual, las perturbaciones del sueño, el uso de medicación para dormir y la disfunción diurna que se produce. De esta manera, la calidad del sueño hace referencia a cómo sentimos que dormimos, cuánto tardamos en dormirnos, cuánto dormimos, qué tanto aprovechamos para dormir el tiempo que pasamos en la cama, qué tan interrumpido se ve nuestro sueño, nuestra capacidad para dormir y si estamos teniendo una afectación en el día a día debida a un pobre descanso.

Merino Andréu et al. (2016) calcularon que un 32% de las personas adultas se despierta con la sensación de no haber tenido un sueño reparador y un 35% están muy cansadas al final del día. Por otro lado, en cuanto a horas de sueño, un 58,01% de la población española señala dormir ocho horas o más, mientras que un 35,06% duermen seis o siete horas y el resto (6,93%) duermen menos de seis horas (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023). Sin embargo, en los hombres es mucho menos frecuente que en las mujeres el dormir menos de 6 horas –concretamente, lo hace un 5,27% de los hombres y un 8,55% de las mujeres–, mientras que hay una mayor proporción de hombres que duerme ocho o más horas –un 59,52% de ellos frente a un 56,55% de ellas.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Además, existen distintas variables relacionadas con la calidad del sueño, tanto contextuales como psicológicas. Por ejemplo, Jiménez-Vaquero et al. (2023) señalan la dieta, el consumo de algunos alimentos específicos o el ejercicio; Magaz-González et al. (2021) y Diz-Ferreira et al. (2021) estudiaron la influencia de la pandemia de la COVID-19 y factores derivados: el confinamiento empeoró la calidad de sueño y aumentó su duración, pero las personas que mantuvieron una actividad física tuvieron mejor calidad de sueño que las que no. Marqueta de Salas et al. (2017) y Sánchez-Sellero (2021) evaluaron cómo se relaciona el horario laboral con la calidad de sueño – el primer estudio encontró que la jornada laboral irregular se relaciona con una peor calidad de sueño y mayor obesidad, mientras que el segundo encontró que, en las jornadas a turnos, la calidad de sueño es peor tras los turnos nocturnos. Por otro lado, en cuanto a las variables psicológicas, numerosos estudios han encontrado relación entre una mala calidad del sueño y síntomas de ansiedad y depresión (p. ej., Ortiz Mieres y Armoa Medina, 2020), pero cabe destacar la investigación de Nguyen et al. (2022), pues realizaron un estudio longitudinal a lo largo de 18 años y encontraron no solo que la calidad de sueño se relaciona con la ansiedad y la depresión, sino que juega un papel mediador en la relación entre ambas variables psicológicas.

Asimismo, una búsqueda en las principales bases de datos (PsycINFO, PubMed) revela que las investigaciones que relacionan la calidad del sueño con el consumo de sustancias son numerosas en otros países, pero resulta difícil encontrar investigación al respecto en nuestro país. En cuanto al consumo de alcohol, la investigación en algunos países encuentra una relación inversa entre la cantidad consumida y la calidad del sueño (Zheng et al., 2021), mientras que otros señalan que es el consumo de riesgo lo que se relaciona con una peor calidad del sueño (Sirtoli et al., 2023) y en otros casos se muestra que el sexo de las personas es una variable moderadora significativa en la relación, pues una peor calidad de sueño se relacionaría con mayores problemas relacionados con el uso de alcohol únicamente en mujeres (Verlinden et al., 2022). Por otro lado, Ebrahim et al. (2013) realizaron una revisión bibliográfica, encontrando que el consumo de alcohol en una noche retrasa la hora de dormir y empeora la calidad del sueño en la segunda mitad de esa misma noche.

En el caso del tabaco, algunos estudios encuentran que los fumadores tienen una peor calidad del sueño (Santos et al., 2020) y que, a su vez, una peor calidad del sueño

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

se expresa durante la abstinencia de la sustancia (Purani et al., 2019). Da Silva e Silva et al. (2022) realizaron una revisión sistemática, encontrando que, un mayor consumo de tabaco se relaciona con una peor calidad del sueño, siendo este efecto más pronunciado en mujeres que en hombres.

Respecto al consumo de cannabis y su relación con la calidad del sueño, los resultados son menos concluyentes. Velzeboer et al. (2022) encontraron que el consumo de cannabis se relaciona con una mejora subjetiva en la calidad del sueño, fundamentalmente en quienes existían problemas de dolor; sin embargo, señalan que con frecuencia aparecían también efectos de sedación en las personas. Por otro lado, Ried et al. (2023) encontraron que el uso de aceite de cannabis que contenía THC y CBD en un ratio de 10:15 se relacionaba con una mejora en la calidad del sueño de los participantes, pero no evaluaban el efecto del consumo habitual de cannabis por ninguna otra vía ni en ninguna otra presentación. En contraposición, otros estudios señalan que, entre las personas que consumen cannabis, la disminución del consumo está relacionada con una mejoría en la calidad de sueño (Hser et al., 2017), mientras que Meneo et al. (2023), encontraron que el cannabis parece mejorar inicialmente la calidad del sueño, pero el uso continuado produce rápidamente el efecto contrario, asociándose con un empeoramiento en la calidad del sueño.

Partiendo de todos los datos presentados, cabe considerar cómo se relacionan en nuestro país la calidad de sueño y el consumo de sustancias. A estos efectos, sería relevante considerar las sustancias más prevalentes entre la población general, pues son a su vez las más estudiadas; concretamente alcohol, tabaco y cannabis, ya que han sido utilizadas alguna vez en el último año por un 76,4%, un 39,0% y un 10,6% de la población, respectivamente (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022a). Teniendo en cuenta que existe también medicación que facilita dormir (hipnóticos, benzodiazepinas, etc.), y que su uso es cada vez más frecuente, parece imprescindible tener en cuenta este tipo de sustancias. En concreto, un 13,1% de la población de 15 a 64 años la ha utilizado en los últimos 12 meses, aunque sea con finalidades distintas a la facilitación del sueño.

Así, el objetivo principal de este trabajo fue examinar la calidad del sueño en una muestra de adultos residentes en España. Los objetivos específicos incluyeron: 1) examinar la relación de la calidad del sueño con el consumo de sustancias (alcohol,

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

tabaco, cannabis y medicación hipnosedante) y 2) examinar la relación de la calidad del sueño con la ansiedad y la depresión. La hipótesis con la que se trabaja es que la calidad de sueño tendrá una relación negativa con todas estas variables planteadas.

Método

Participantes y procedimiento

En el estudio participaron inicialmente 368 personas. Como criterio de inclusión se utilizó la edad, ya que debían ser mayores de edad, y no se estableció ningún criterio de exclusión. En el tratamiento de los datos se identificaron algunos casos anómalos que se excluyeron de la muestra total de estudio (ver descripción detallada en el apartado de análisis de datos).

De esta manera, la muestra final es de 303 personas (73,3% mujeres, 26,7% hombres), con una media de edad de 36,48 años y una desviación típica de 13,45 años. En cuanto a los ingresos mensuales aproximados, la media fue de 1.257,06€, con una desviación típica de 862,57€, pero es imprescindible señalar que un 11,2% de la muestra tenía unos ingresos mensuales de 0€. Los datos sociodemográficos referentes a la ocupación y el nivel educativo de la muestra se incluyen en la Tabla 1.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la muestra (N total = 303 personas)

Variable	% (N)
Ocupación	
Estudiando	17,5 (53)
Trabajando	52,5 (159)
Estudiando y trabajando	16,8 (51)
Pensionistas	6,9 (21)
Se encargan de las labores domésticas	3,3 (10)
En situación de desempleo	3,0 (9)
Nivel educativo máximo	
Educación básica	2,3 (7)
ESO	5,3 (16)
Bachillerato o FP medio	12,9 (39)
FP superior	18,8 (57)
Grado universitario	30,7 (93)
Máster	28,7 (87)
Doctorado	1,3 (4)
Ninguno	0

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Todas las personas participaron de forma voluntaria, entre el 7 de junio y el 7 de julio de 2023. Para poder llegar a ellas, se utilizó el servidor web *Microsoft Forms* (<https://forms.office.com/>) como plataforma para administrar el cuestionario; es una herramienta gratuita que permite garantizar el anonimato de las respuestas y facilita la creación de una base de datos. También crea un enlace para compartir el cuestionario, que se difundió a través de diversas redes sociales (WhatsApp, Instagram, X, Facebook, etc.).

Con el enlace, se invitó a las personas a participar y a que, a su vez, lo transmitiesen a sus conocidos. Así se creó un muestreo no probabilístico de bola de nieve, ya que las personas respondieron porque recibieron el enlace a través de la difusión de otros participantes.

Instrumentos

En cuanto a los instrumentos de medida, en primer lugar, se recogieron los datos sociodemográficos de la muestra; concretamente, la edad, el sexo, la ocupación actual de cada participante, su máximo nivel educativo y sus ingresos mensuales aproximados. Para la edad y los ingresos mensuales se utilizaron preguntas abiertas, únicamente limitadas a que la respuesta fuese un número (ya que el programa permitía esta opción) y, en el caso de la edad, a que fuese igual o superior a 18. En el resto de los casos, se utilizaron preguntas con opción de respuesta múltiple, intentando abarcar todas las posibilidades de ocupación y nivel educativo.

Además, se utilizaron distintos cuestionarios para recoger datos acerca de la calidad del sueño, las variables emocionales y las variables de consumo. Se pueden ver todas las preguntas y escalas utilizadas en el Anexo 1, tal y como se le presentaron a las personas.

Calidad del sueño

Para medir esta variable se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI, Royuela Rico y Macías Fernández, 1997), que consiste en 19 preguntas autoinformadas y 5 preguntas adicionales que responden las personas con las que se comparte habitación, si existen. Las cuatro primeras preguntas del cuestionario son de respuesta abierta y las 20 restantes –incluyendo las que deben responder los

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

compañeros– tienen un formato tipo Likert de cuatro opciones de respuesta. En la corrección únicamente se tienen en cuenta las 19 preguntas que responden directamente los participantes, estando planteadas el resto como una mera fuente de información adicional. A través de esta escala se obtienen 7 componentes (puntuados de 0 a 3) que, a su vez, se pueden sumar en una única variable de puntuación total (cuyos valores van de 0 a 21) y se debe tener en cuenta que, a mayor puntuación, mayor dificultad existe en el descanso, es decir, peor es la calidad de sueño. Los componentes son *calidad subjetiva del sueño*, *latencia del sueño* –cuánto se tarda en dormir la persona–, *duración del sueño*, *eficiencia de sueño habitual* –porcentaje del tiempo en el que realmente se duerme–, *perturbaciones del sueño* –tos, ronquidos, frío, calor, ir al baño–, *uso de medicación hipnótica* y *disfunción diurna* –el cansancio que tiene la persona durante el día y si tiene episodios de somnolencia–, además de la *Puntuación Global del PSQI*. Así, se obtienen ocho medidas a través de esta escala.

En cuanto a las propiedades psicométricas, el α de Cronbach obtenido en el proceso de validación en castellano de la escala fue adecuado, pues se situó entre 0,67 y 0,81 (Royuela Rico y Macías Fernández, 1997). Asimismo, se hizo una prueba de fiabilidad test-retest y se obtuvo una correlación alta entre los mismos componentes en distinto momento, así como entre las puntuaciones totales. Como medida de validez, los autores plantearon la comparación con un *gold-standard* –en este caso, el diagnóstico clínico–, a través del cual obtuvieron una validez predictiva adecuada (señalan un 80,66% de valor predictivo).

Uso de sustancias y consumo de psicofármacos

Para recoger la información relativa al consumo de sustancias se emplearon algunas de las preguntas utilizadas para la encuesta EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022b) relacionadas con alcohol, tabaco, cannabis y ansiolíticos, tranquilizantes y somníferos (hipnosedantes). El consumo de sustancias y psicofármacos se evaluaron teniendo en cuenta el último año y mes. Adicionalmente, se preguntó por la edad de inicio en el consumo de drogas. Cabe señalar que se utilizaron algunas preguntas como filtro, para evitar datos inconsistentes y disminuir la fatiga de los participantes: en las variables de consumo de sustancias, quienes no habían consumido una sustancia en los últimos 12 meses no continuaban respondiendo a las preguntas acerca de dicha sustancia (el propio programa lo evitaba). Asimismo, a

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

quienes no hubiesen consumido en los últimos 30 días no se les presentaban las preguntas referentes a los patrones de consumo.

Además de ello, se utilizaron algunas preguntas más específicas para cada sustancia. En el caso del tabaco y el cannabis se preguntó por el número de cigarrillos/porros consumido en los días de consumo, mientras que para el alcohol, se buscó conocer la existencia de un patrón de *heavy drinking* en el último mes –con respuesta dicotómica– y cuáles son los posibles motivos de consumo de alcohol –se ofrecieron tres posibles motivos, partiendo de los propuestos en la encuesta EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022b): por diversión, para encajar en un grupo y porque ayuda con el estado de ánimo.

Por otro lado, en cuanto al cannabis y los ansiolíticos, tranquilizantes y somníferos, la encuesta EDADES incluía una pregunta para conocer el consumo combinado con otras sustancias –tabaco, en el caso del cannabis, y alcohol y/o drogas ilegales para el caso de los psicofármacos–, además de incluir preguntas relacionadas con los problemas del consumo. En el caso del cannabis, en la misma encuesta se preguntaba en formato Likert acerca de la frecuencia de seis consecuencias problemáticas, con cinco opciones de respuesta. Teniendo en cuenta que estos ítems no formaban una escala concreta, para calcular una variable total de gravedad, se asignaron puntuaciones entre 0 y 4 a cada posible respuesta y se sumaron, de manera que la variable total adquiriese valores entre 0 y 24. Paralelamente para los fármacos hipnosedantes se preguntaba por el patrón de consumo, con cuatro opciones de respuesta: consumo con una pauta fijada por el médico, consumo bajo supervisión médica sin pauta fija, consumo independiente a la pauta establecida por el médico y consumo sin receta.

Por último, debido a que en la encuesta EDADES no se incluían preguntas que permitiesen conocer la gravedad del consumo de alcohol y de tabaco, para conocer estos datos se utilizaron el *Alcohol Use Disorders Identification Test*, en su versión corta (AUDIT-C, García Carretero et al., 2016) y el *Heaviness Smoking Index* (HSI, Pérez-Ríos et al., 2009).

El AUDIT-C es una escala muy breve, ya que es la versión corta del AUDIT (validado por Contel Guillamón et al., 1999). Mientras que el AUDIT en su versión completa fue validado anteriormente, la validación en España del AUDIT-C en

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

población general fue realizada por García Carretero et al. (2016). Estos autores encontraron que la consistencia interna del AUDIT al completo presenta un α de Cronbach = 0,75, mientras que el AUDIT-C presentó una correlación de Spearman de 0,57 con respecto al consumo diario. Además, plantearon varias medidas de validez, encontrando que había una adecuada validez de contenido (permitió establecer diferencias de consumo entre grupos, con un valor estadísticamente significativo, $p < 0,001$) y una validez de criterio, comparada con los valores de ingesta semanal reales de las personas, en la que se obtuvo un valor de K de Altman moderado (0,49 y 0,51 para hombres y mujeres, respectivamente). El AUDIT-C consta de 3 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones. Cada una de las opciones tiene asignada una puntuación (desde 0 hasta 4) y se obtiene una única puntuación total de la escala –*gravedad de consumo de alcohol*– que se calcula realizando una suma de la obtenida en cada ítem (es decir, va de 0 a 12). El punto de corte del consumo problemático se sitúa en ≥ 5 para los hombres y en ≥ 4 para las mujeres, por lo que para poder analizarlo se creó una variable denominada *consumo de riesgo*, en la que se clasificaba a los participantes en función de este punto de corte respecto a la puntuación total del AUDIT-C.

La HSI es la versión corta del Test de Fagerström para la Dependencia de la Nicotina (FTND, validado por Becoña y Vázquez, 1998) consta únicamente de 2 ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones. La respuesta a cada ítem lleva asignada una puntuación (de 0 a 3) y, al sumarlas, proporciona una puntuación total que mide la *gravedad del consumo de tabaco* (con valores de 0 a 6).

El HSI, validado por Pérez-Ríos et al. (2009), muestra una alta validez de criterio al compararlo con el FTND, que se utiliza como *gold-standard*, ya que presenta una K de Cohen de 0,70 ($p < 0,05$). Los autores también señalan que presenta un alto valor predictivo, ya que clasifica adecuadamente al 94% de las personas.

Variables emocionales

En este caso, se utilizaron dos escalas diferentes: el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9, validado originalmente por Diez-Quevedo et al., 2001) para examinar los síntomas relacionados con depresión y la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7, validada por Garcia-Campayo et al., 2010) para los relacionados

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

con ansiedad. A efectos del trabajo, cuando no se haga referencia directa a las escalas se denominarán *síntomas depresivos* y *síntomas ansiosos*, respectivamente.

La escala PHQ-9, que permite medir síntomas típicamente propios de la depresión, consiste en 9 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones. Cada una de las opciones tiene asignada una puntuación (desde Nunca = 0 hasta Casi todos los días = 3). Se obtiene una única puntuación total, que se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en los distintos reactivos del test y la puntuación total oscila entre 0 y 27. Además, tiene una pregunta adicional en la que se busca conocer la interferencia subjetiva de cualquiera de los síntomas con la vida diaria de la persona, pero esta no forma parte de la puntuación total, sino que es un valor informativo adicional.

En cuanto a las propiedades psicométricas del PHQ-9, Gómez-Gómez et al. (2023) señalan como medida de consistencia interna el Ω de McDonald, con un valor de 0,84. Asimismo, señalan una validez de constructo adecuada al usar el modelo unifactorial (GFI = 0,947; CFI = 0,932; RMSEA = 0,08) y adecuada validez de criterio al utilizar otras medidas de depresión –la *Hopkins Symptom Checklist* de 25 ítems (HSCL-25) y la entrevista CIDI–, ya que presentan una correlación significativa.

Planteada de manera muy similar al PHQ-9, la escala GAD-7 consta de 7 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones. Cada una de las opciones tiene asignada una puntuación (desde Nunca = 0 hasta Casi todos los días = 3). Se obtiene una única puntuación total, que se calcula realizando una suma de la obtenida en cada ítem, obteniendo una puntuación entre 0 y 21.

García-Campayo et al. (2010) hallaron un α de Cronbach = 0,936 para la validación de esta escala (GAD-7), lo que supone un valor muy adecuado de fiabilidad, confirmado por altos valores de consistencia interna al realizar la correlación entre cada ítem y el total del test (todos mayores de 0,68). Además, plantearon varias medidas de validez, encontrando que había una adecuada validez discriminante –los resultados fueron significativamente diferentes en función de la presencia o no de un trastorno de ansiedad generalizada– y una adecuada validez de criterio, ya que los datos presentan correlaciones significativas con las escalas HADS-Anxiety, Hamilton y WHO-DAS.

Análisis de datos

Para poder realizar los análisis estadísticos, fue necesario hallar las variables específicas del PSQI, PHQ9, GAD7, AUDIT-C y HSI teniendo en cuenta sus criterios de corrección, además de calcular la variable de gravedad del consumo de cannabis en función del criterio planteado anteriormente. Asimismo, fue necesario procesar la base de datos para poder codificar los valores para el uso en SPSS y se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para analizar las características sociodemográficas de la muestra.

También fue necesario excluir a 65 personas de la muestra debido a que presentaron valores fuera del rango de posibilidades en sus respuestas. Por un lado, 11 personas señalaron tener unos ingresos mensuales aproximados de entre 1€ y 5€, al mismo tiempo que indicaron estar trabajando, por lo que son datos probablemente incorrectos y no interpretables. Por otro lado, 54 personas daban respuestas al PSQI que no eran posibilidades reales, ya que señalaron o bien dormir más de 24 horas al día o bien dormir más horas por la noche que el tiempo que permanecían en la cama (excediendo el 100% de eficiencia de sueño).

A continuación, teniendo en cuenta los objetivos presentados para el trabajo, se realizó un análisis descriptivo de la calidad del sueño, considerando los siete componentes resultantes del PSQI, así como la puntuación total en el test. Asimismo, se realizaron análisis descriptivos para todas las variables relacionadas con el consumo de sustancias, así como de las puntuaciones obtenidas en el PHQ9 y GAD7. Además, se examinaron las diferencias de sexo en todas las variables, a través de una prueba *t* de Student para muestras independientes, comprobando el tamaño del efecto a través de la prueba *d* de Cohen. Para ello, se interpreta que a partir de 0,2 existe un efecto pequeño, a partir de 0,5 un efecto mediano y a partir de 0,8 un efecto grande (Cohen, 1988).

Cabe señalar que a pesar de la robustez de la prueba *t* de Student, si la prueba de Levene indica que las varianzas de los grupos utilizados son desiguales, resulta más adecuado ejecutar una prueba no paramétrica, en este caso la *U* de Mann-Whitney. Sin embargo, el programa estadístico SPSS ajusta el resultado de la prueba *t* de Student cuando las varianzas del grupo no se pueden asumir como iguales, permitiendo utilizar esta prueba cuando no se cumple el supuesto de homogeneidad de varianzas; sin embargo, no proporciona datos tan claros de la *U* de Mann-Whitney. Por ello, se utilizó

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

la prueba t en todos los casos, pero se señalarán aquellos en los que se utilizó el valor ajustado a la desigualdad de varianzas.

Posteriormente, se planteó un análisis de correlación (de Pearson) entre la calidad del sueño, teniendo en cuenta sus siete componentes, y todas las variables emocionales y de consumo, así como las variables sociodemográficas de las personas. De esta manera, se puede conocer si alguna de las variables correlaciona con la calidad del sueño, bien sea en total o con algún aspecto de esta.

De manera complementaria, se realizó un análisis de regresión lineal por bloques, a través del método introducir, para la puntuación global del PSQI. De esta manera, es posible establecer en qué medida el cambio en cada una de esas variables relacionadas explica cambios en los valores de la calidad total del sueño, permitiendo plantear una ecuación de predicción en función de la varianza común. En estos análisis, la variable de calidad de sueño se utilizó como variable dependiente, mientras que las variables que mantenían una correlación con esta se utilizaron como independientes. Los bloques se plantearon en función del contenido de las variables independientes, diferenciando entre sociodemográficas, emocionales y de consumo de alcohol, tabaco, cannabis y medicación hipnosedante.

Resultados

Características descriptivas de la muestra

Calidad del sueño

En la Tabla 2 se describe la calidad del sueño entre los participantes en el estudio. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la calidad del sueño, tanto en la puntuación global del PSQI como en una de sus dimensiones (uso de medicación hipnótica). En ambos casos las mujeres tuvieron una media más alta, lo que señala que tienen una peor calidad de sueño y mayor uso de medicación hipnótica.

Tabla 2

Medias, desviaciones típicas y prueba t para las variables de calidad del sueño y emocionales (N = 303)

Variables	N total		Mujeres		Hombres		t de Student	P	d de Cohen
	M	DT	M	DT	M	DT			
PSQI puntuación global (0-21)	7,54	3,62	7,82	3,70	6,77	3,31	2,267	0,024*	0,294
PSQI 1: calidad subjetiva del sueño (0-3)	1,34	0,81	1,36	0,81	1,26	0,83	1,001	0,318	0,129
PSQI 2: latencia del sueño (0-3)	1,40	0,95	1,44	0,96	1,28	0,91	1,278	0,202	0,166
PSQI 3: duración del sueño (0-3)	0,80	0,89	0,80	0,89	0,79	0,92	0,062	0,951	0,008
PSQI 4: eficiencia de sueño habitual (0-3)	0,88	0,99	0,94	1,03	0,70	0,89	1,850	0,065	0,240
PSQI 5: perturbaciones del sueño (0-3)	1,27	0,50	1,27	0,49	1,27	0,53	-0,020	0,984	-0,003
PSQI 6: uso de medicación hipnótica (0-3)	0,51	1,05	0,62	1,13	0,23	0,75	3,404 ^a	0,001**	0,367
PSQI 7: disfunción diurna (0-3)	1,35	0,88	1,39	0,89	1,22	0,87	1,486	0,138	0,193

Nota. M se refiere a media, DT a desviación típica y PSQI al Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.

^a = se incluye el dato de la t de Student cuando no se asumen varianzas iguales, ya que la prueba de Levene tuvo un resultado significativo para la desigualdad.

* = p<0,05 ; ** = p<0,01

Consumo de sustancias y psicofármacos

En la Tabla 3 se recogen las medidas de prevalencia en los últimos 12 meses y 30 días para todas las sustancias, junto a la prueba t. Únicamente se encontraron diferencias significativas en el consumo de alcohol y de hipnosedantes en los últimos 12 meses. En

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

este periodo, los hombres habían consumido alcohol en mayor proporción que las mujeres, mientras que una mayor proporción de ellas había consumido hipnosedantes.

Tabla 3

Prevalencia de consumo de las cuatro sustancias, % de respuestas afirmativas y pruebas t y d

Variable	Total		Mujeres		Hombres		t de Student	p	d de Cohen
	N	N sí (%)	N	N sí (%)	N	N sí (%)			
Consumo de alcohol									
Consumo en los últimos 12 meses	303	246 (81,2%)	222	174 (78,4%)	81	72 (88,9%)	2,349 ^a	0,020*	0,270
Consumo en los últimos 30 días	246	219 (72,3%)	174	153 (68,9%)	72	66 (81,5%)	0,909 ^a	0,365	0,119
Consumo de tabaco									
Consumo en los últimos 12 meses	303	107 (35,3%)	222	73 (32,9%)	81	34 (41,9%)	1,430 ^a	0,155	0,190
Consumo en los últimos 30 días	107	98 (32,3%)	73	67 (30,2%)	34	31 (38,3%)	-0,104	0,917	-0,021
Consumo de cannabis									
Consumo en los últimos 12 meses	303	41 (13,5%)	222	28 (12,6%)	81	13 (16,0%)	0,772	0,441	0,100
Consumo en los últimos 30 días	41	26 (8,6%)	28	16 (7,2%)	13	10 (12,3%)	1,280 ^a	0,211	0,408
Consumo de hipnosedantes									
Consumo en los últimos 12 meses	303	69 (22,8%)	222	57 (25,7%)	81	12 (14,8%)	-2,198 ^a	0,029*	-0,260
Consumo en los últimos 30 días	69	49 (16,2%)	57	40 (18,0%)	12	9 (11,1%)	0,330	0,742	0,105

Nota. N hace referencia al número de personas que respondieron a cada pregunta. El % siempre se indica sobre el total de la muestra (303 personas).

^a = se incluye el dato de la t de Student cuando no se asumen varianzas iguales, ya que la prueba de Levene tuvo un resultado significativo para la desigualdad.

* = p<0,05 ; ** = p<0,01

En cuanto a las edades de inicio de consumo de cada sustancia, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para ninguna variable. De media, el alcohol se comienza a consumir a los 15,87 años ($DT = 2,62$), el tabaco a los 16,47 años ($DT = 4,11$), el cannabis a los 17,79 años ($DT = 3,21$) y los medicamentos hipnosedantes a los 29,26 años ($DT = 11,56$).

En cuanto al número de días de consumo en el último mes, se encontraron diferencias significativas ($p = 0,001$) entre hombres y mujeres para el consumo de

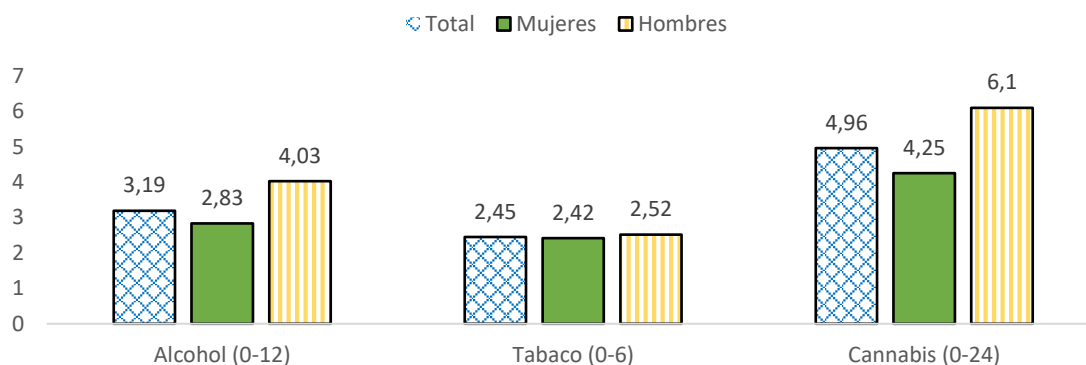
Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

alcohol, pero no para el consumo de tabaco ni el de cannabis. En total, se consumió alcohol una media de 7,65 días ($DT = 7,50$), siendo esta media de 6,30 días para las mujeres ($DT = 5,90$) y de 10,77 días para los hombres ($DT = 9,66$). El tabaco se consumió durante una media de 21,82 días ($DT = 11,95$), mientras que el cannabis se consumió 13,31 días ($DT = 12,62$).

En la Figura 1 se muestran las medidas de gravedad de consumo del alcohol, el tabaco y el cannabis. En el caso de los medicamentos hipnosedantes, se midió la gravedad del patrón de consumo a través del tipo de pauta de consumo, por lo que estos valores se describen más adelante.

Figura 1

Medias de gravedad de consumo de alcohol (AUDIT), tabaco (HSI) y cannabis (EDADES).



Nota. Las barras indican los valores medios para cada grupo y se señala el valor concreto sobre cada una. La escala de valores que puede adquirir el consumo de riesgo se señala junto a cada sustancia. Se adapta la escala del gráfico a los valores obtenidos, ya que la visualización empeora si el gráfico se establece de 0 a 24 (el máximo valor que puede tomar el consumo de riesgo de cannabis).

En la gravedad de consumo solo hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p = 0,001$) para el alcohol, ya que ellos presentan un valor más alto que ellas. Sin embargo, al calcular la prevalencia de consumo de riesgo teniendo en cuenta el umbral establecido por el AUDIT no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, ya que el valor que se debe sobrepasar es diferente según el sexo (4 para ellas, 5 para ellos). En total un 29,2% de la muestra realizaba un consumo de riesgo de alcohol. Además, a pesar de que no existan diferencias significativas entre hombres y mujeres para el consumo de riesgo ni de tabaco ni de cannabis, debe tenerse en cuenta que, el tamaño del efecto del sexo es de -0,594 para el consumo de riesgo de cannabis.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

No se observaron diferencias de sexo en las ocasiones de *heavy drinking* en los últimos 30 días, así como en los motivos de consumo de alcohol. De las 219 personas que habían consumido alcohol en los últimos 30 días, 90 (41,1%) señalaron haber incurrido en *heavy drinking*, 194 (88,6%) indicaron consumir alcohol por diversión, 23 (10,5%) lo hicieron para encajar en grupos y 24 (11%) porque les ayuda cuando se sienten deprimidas o quieren olvidarse de todo.

Del mismo modo, no se observaron diferencias en el número de unidades de consumo de tabaco y cannabis en el último mes. Para el tabaco, las personas consumieron una media de 7,66 cigarrillos al día ($DT = 6,60$), con un tamaño del efecto del sexo de -0,312. En cuanto al cannabis, el consumo medio fue de 2,04 porros al día ($DT = 2,03$), mientras que el tamaño del efecto del sexo fue de -0,452.

Finalmente, los valores relacionados con el patrón de consumo de hipnosedantes, ansiolíticos, tranquilizantes y somníferos se resumen en la Tabla 4. No se observaron diferencias entre hombres y mujeres.

Tabla 4

Patrones de consumo de hipnosedantes, % de respuestas afirmativas y pruebas t y d

Variables	Total		Mujeres		Hombres		t de Student	p	d de Cohen
	N	N sí (%)	N	N sí (%)	N	N sí (%)			
Consumo con alcohol	49	5 (10,2%)	40	4 (10,0%)	9	1 (11,1%)	0,097	0,923	0,340
Consumo con drogas ilegales	49	2 (4,1%)	40	1 (2,5%)	9	1 (11,1%)	0,756 ^a	0,469	0,743
Consumo con alcohol y drogas ilegales	49	2 (4,1%)	40	1 (2,5%)	9	1 (11,1%)	0,756 ^a	0,469	0,750
Pauta médica de consumo de hipnosedantes									
Pauta fija	49	23 (46,9%)	40	18 (45%)	9	5 (55,6%)	-0,563	0,576	-0,208
Pautado solo cuando se necesita	49	19 (38,8%)	40	17 (42,5%)	9	2 (22,2%)	1,215 ^a	0,246	0,413
No se sigue la pauta indicada	49	2 (4,1%)	40	2 (5,0%)	9	0 (0%)	0,674	0,504	0,249
Nunca fue recetado	49	5 (10,2%)	40	3 (7,5%)	9	2 (22,2%)	-0,963 ^a	0,360	-0,485

Nota. N hace referencia al número de personas. El % siempre se indica sobre la N total de la muestra.

^a = se incluye el dato de la t de Student cuando no se asumen varianzas iguales, ya que la prueba de Levene tuvo un resultado significativo para la desigualdad.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Variables emocionales

La puntuación media del PHQ-9 para el total de la muestra fue de 7,23, con una desviación típica de 5,43 (el rango de posibles valores es 0-27). En el caso del GAD-7, cuyo rango de posibles valores es de 0 a 21, la media se situó en 6,39, con una desviación típica de 4,98. En ninguno de los casos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de hombres y mujeres y el tamaño del efecto del sexo fue de 0,056 en PHQ-9 y de 0,118 en GAD-7.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y variables emocionales

En la Tabla 5 se muestra la correlación de cada variable del PSQI con las variables sociodemográficas (edad, sexo e ingresos mensuales), de consumo y emocionales. Tras la tabla, se describen aquellas relaciones que tienen una significación estadística superior al 95%.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Tabla 5

Correlaciones de las puntuaciones del PSQI con las variables sociodemográficas, emocionales y de consumo de alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes.

Variable	Valores correlación	Calidad subjetiva del sueño	Latencia de sueño	Duración del sueño	Eficiencia de sueño habitual	Perturbaciones del sueño	Uso de medicación hipnótica	Disfunción diurna	Puntuación total PSQI
Sociodemográficas									
Edad	Correlación de Pearson	-0,111	-,139*	0,040	0,077	0,081	0,062	-,346**	-0,085
	<i>p</i>	0,054	0,016	0,484	0,183	0,162	0,283	0,000	0,139
Sexo	Correlación de Pearson	-0,058	-0,073	-0,004	-0,106	0,001	-,161**	-0,085	-,130*
	<i>p</i>	0,318	0,202	0,951	0,065	0,984	0,005	0,138	0,024
Ingresos mensuales aproximados	Correlación de Pearson	-,122*	-,194**	0,027	-0,061	-0,070	-0,046	-,226**	-,166**
	<i>p</i>	0,034	0,001	0,635	0,287	0,225	0,426	0,000	0,004
Consumo de alcohol									
Consumo de alcohol en los 12 meses anteriores	Correlación de Pearson	-0,096	-,131*	-0,022	-0,009	-0,041	0,069	-0,084	-0,070
	<i>p</i>	0,097	0,022	0,701	0,878	0,478	0,228	0,145	0,226
Edad de consumo por primera vez	Correlación de Pearson	-0,025	-0,048	0,039	0,066	0,070	-0,022	-,139*	-0,021
	<i>p</i>	0,699	0,455	0,540	0,301	0,272	0,735	0,029	0,744
Consumo de alcohol en los 30 días anteriores	Correlación de Pearson	0,015	0,008	-0,011	0,029	0,038	0,039	-0,034	0,019
	<i>p</i>	0,818	0,897	0,868	0,655	0,556	0,544	0,593	0,768
Días de consumo en los últimos 30	Correlación de Pearson	-,158*	-0,113	-0,073	-0,005	0,082	0,050	-,231**	-0,115
	<i>p</i>	0,020	0,095	0,281	0,943	0,230	0,460	0,001	0,090
Presencia de patrón de <i>heavy drinking</i> en los 30 días anteriores	Correlación de Pearson	0,039	-0,109	0,049	0,005	-0,044	-0,028	-0,049	-0,032
	<i>p</i>	0,570	0,107	0,475	0,946	0,518	0,676	0,470	0,636
Bebe porque es divertido o le gusta	Correlación de Pearson	-0,009	0,062	0,110	0,082	-0,017	,170**	-0,068	0,096
	<i>p</i>	0,887	0,332	0,084	0,199	0,787	0,008	0,292	0,134
Bebe para encajar en un grupo	Correlación de Pearson	-0,012	0,037	-0,040	0,018	0,036	-0,105	0,063	-0,008
	<i>p</i>	0,849	0,566	0,536	0,775	0,577	0,100	0,324	0,907
Bebe porque le ayuda anímicamente	Correlación de Pearson	-0,054	-0,071	-0,045	-0,108	0,035	-0,020	-0,031	-0,082
	<i>p</i>	0,395	0,266	0,478	0,092	0,588	0,757	0,628	0,200
Gravedad de consumo de alcohol	Correlación de Pearson	-0,005	0,039	-0,050	-0,060	0,091	0,020	0,007	0,000
	<i>p</i>	0,940	0,544	0,434	0,350	0,156	0,750	0,908	0,998

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Variable	Valores correlación	Calidad subjetiva del sueño	Latencia de sueño	Duración del sueño	Eficiencia de sueño habitual	Perturbaciones del sueño	Uso de medicación hipnótica	Disfunción diurna	Puntuación total PSQI
Consumo de tabaco									
Consumo de tabaco en los 12 meses anteriores	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,093 0,105	-,235** 0,000	-0,061 0,289	0,020 0,723	-0,056 0,333	-0,013 0,828	-,133* 0,021	-,136* 0,018
Edad de consumo por primera vez	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,141 0,149	-0,106 0,276	-0,011 0,909	-0,045 0,644	-0,169 0,082	0,014 0,890	-0,042 0,670	-0,101 0,301
Consumo de tabaco en los 30 días anteriores	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,002 0,985	0,059 0,547	0,044 0,655	-0,060 0,542	-0,050 0,607	-0,056 0,564	0,055 0,573	0,001 0,989
Días de consumo en los últimos 30	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,088 0,391	-0,171 0,091	0,148 0,147	0,059 0,565	0,034 0,742	-0,152 0,135	-0,112 0,273	-0,078 0,443
Cigarrillos fumados cada día de consumo	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,193 0,057	-0,186 0,067	-0,022 0,833	-0,104 0,306	,202* 0,046	0,009 0,931	-0,179 0,077	-0,134 0,189
Gravedad de consumo de tabaco	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,090 0,379	-0,075 0,463	-0,087 0,393	-0,090 0,377	-0,088 0,387	-0,157 0,123	0,019 0,849	-0,137 0,180
Consumo de cannabis									
Consumo de cannabis en los 12 meses anteriores	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,038 0,510	-0,078 0,178	-0,015 0,795	0,068 0,238	-0,056 0,331	-0,036 0,536	-0,085 0,138	-0,053 0,359
Edad de consumo por primera vez	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,208 0,193	-0,293 0,063	-0,035 0,829	-0,151 0,347	-0,255 0,108	0,012 0,940	-0,066 0,681	-0,233 0,142
Consumo de cannabis en los 30 días anteriores	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,259 0,102	-0,094 0,560	0,100 0,535	0,026 0,874	-0,011 0,946	0,038 0,815	0,047 0,768	-0,035 0,827
Días de consumo en los últimos 30	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,039 0,849	-0,044 0,830	0,035 0,865	-0,034 0,868	0,289 0,152	0,179 0,380	0,049 0,811	0,116 0,572
Número de porros fumados en un día	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,093 0,651	0,045 0,826	0,201 0,326	-0,142 0,488	,444* 0,023	-0,045 0,829	-0,144 0,484	0,017 0,936
Gravedad de consumo de cannabis	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,198 0,214	-0,006 0,969	-0,002 0,988	-0,053 0,741	0,137 0,392	0,078 0,629	0,104 0,518	0,114 0,480
Consumo de hipnosedantes									
Consumo de hipnosedantes en los 12 meses anteriores	Correlación de Pearson <i>p</i>	-,182** 0,001	-,178** 0,002	-0,072 0,214	-,162** 0,005	-0,084 0,146	-,534** 0,000	-,126* 0,028	-,347** 0,000
Consumo de hipnosedantes en los 30 días anteriores	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,007 0,956	-0,040 0,741	0,055 0,651	0,016 0,898	0,003 0,982	-,507** 0,000	-0,071 0,563	-0,182 0,134

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Variable	Valores correlación	Calidad subjetiva del sueño	Latencia de sueño	Duración del sueño	Eficiencia de sueño habitual	Perturbaciones del sueño	Uso de medicación hipnótica	Disfunción diurna	Puntuación total PSQI
Edad de consumo por primera vez	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,046 0,707	-0,217 0,074	0,138 0,258	0,070 0,568	0,099 0,417	0,049 0,691	-,301* 0,012	-0,049 0,689
Ha consumido hipnosedantes con alcohol	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,041 0,739	0,122 0,316	0,127 0,298	,244* 0,043	0,009 0,943	0,012 0,923	-0,152 0,211	0,108 0,377
Ha consumido hipnosedantes con drogas ilegales	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,013 0,918	0,087 0,479	0,123 0,318	0,106 0,389	-,283* 0,020	0,093 0,449	-0,104 0,400	0,051 0,682
Ha consumido hipnosedantes con alcohol y drogas ilegales	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,158 0,194	,309** 0,010	0,123 0,313	0,169 0,166	-0,134 0,271	,250* 0,039	-0,027 0,825	,249* 0,039
Consumo con una pauta fija	Correlación de Pearson <i>p</i>	-,315** 0,008	-0,215 0,076	-0,009 0,943	0,044 0,719	-0,218 0,072	0,174 0,152	-,419** 0,000	-0,177 0,146
Pautado solo cuando se necesite	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,142 0,243	0,190 0,118	-0,046 0,707	-0,080 0,515	0,074 0,548	-,254* 0,035	0,214 0,078	0,016 0,898
No se sigue la pauta indicada	Correlación de Pearson <i>p</i>	-0,023 0,852	-0,038 0,755	-0,071 0,561	-0,110 0,370	0,052 0,671	0,059 0,632	0,085 0,486	-0,016 0,897
Nunca fue recetado	Correlación de Pearson <i>p</i>	,283* 0,018	0,063 0,608	0,122 0,320	0,111 0,363	0,198 0,102	0,089 0,469	,278* 0,021	,259* 0,032
Emocionales									
Puntuación total PHQ9	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,000 0,999	-0,027 0,637	0,026 0,648	0,010 0,868	-0,056 0,329	-0,029 0,619	0,024 0,680	-0,008 0,885
Puntuación total GAD7	Correlación de Pearson <i>p</i>	0,016 0,777	-0,052 0,366	0,032 0,585	-0,005 0,931	-0,052 0,367	-0,066 0,254	0,032 0,585	-0,022 0,699

Nota: Para la variable sexo, se codificó *mujer* como 1 y *hombre* como 2. Para las variables dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa, se codificó el *sí* como 1 y el *no* como 2.

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

La *puntuación global del PSQI* mantiene una correlación significativa con el sexo –las mujeres tienen una mayor puntuación que los hombres–, y con los ingresos mensuales –las personas con menos ingresos refieren una peor calidad del sueño. En cuanto a las sustancias, se encontró correlación entre una mayor puntuación global del PSQI y haber consumido tabaco o hipnosedantes en los últimos 12 meses. La puntuación global del PSQI también se asoció de forma significativa con el consumo de medicación hipnosedante sin receta, así como con el uso de hipnosedantes mezclados con alcohol y drogas ilegales.

En cuanto los componentes del PSQI, se observó una asociación significativa entre la *calidad subjetiva del sueño* y los ingresos mensuales –a más ingresos, mejor calidad de sueño–, con el número de días de consumo de alcohol en los últimos 30 –cuantos más días se consume, peor es la calidad de sueño–, con el consumo de hipnosedantes en los últimos 12 meses –quienes consumen tienen una peor calidad subjetiva de sueño–, con consumo de hipnosedantes con una pauta fija –quienes los consumen de esta manera tienen una peor calidad subjetiva del sueño– y con el consumo no recetado de hipnosedantes –quienes consumen esta sustancia sin receta, tienen peor calidad subjetiva del sueño.

La *latencia del sueño* mantiene una correlación negativa significativa con la edad y con los ingresos mensuales. También correlaciona con el uso de alcohol, de tabaco o hipnosedantes en los últimos 12 meses –las personas que consumieron estas sustancias tenían mayor latencia del sueño– y el consumo de hipnosedantes mezclados con drogas ilegales y alcohol.

La *eficiencia del sueño* (derivada de la proporción de tiempo en la cama que se pasa durmiendo), correlaciona con el uso de hipnosedantes en los últimos 12 meses –quienes usaron esta sustancia tuvieron una eficiencia de sueño peor que quienes no lo hicieron– y con el uso de hipnosedantes mezclado con alcohol.

Las *perturbaciones del sueño* (como ronquidos, despertarse para ir al baño, etc.) correlacionan negativamente con el máximo nivel educativo completado, mientras que correlacionan positivamente con el número de cigarrillos y con el número de porros fumados en los días de consumo, así como con el consumo de hipnosedantes mezclados con drogas ilegales.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

En el uso de medicación hipnótica, se encontró que las mujeres tenían una puntuación significativamente mayor que los hombres, así como que las personas que bebían alcohol porque les parece divertido tenían una puntuación más baja que quienes no consumían alcohol por este motivo. El uso de medicación también correlaciona significativamente con el uso de hipnosedantes, tanto en los últimos 12 meses como en los últimos 30 días. Por otro lado, se observa que el uso de medicación hipnótica tiene una correlación negativa con el uso de hipnosedantes mezclados con drogas ilegales y alcohol, así como con el uso de esta medicación pautada únicamente cuando se necesita.

El último de los componentes del PSQI, la *disfunción diurna* presenta una correlación negativa con la edad, los ingresos mensuales aproximados, el número de días de consumo de alcohol entre los últimos 30 días y la edad de inicio de consumo de alcohol e hipnosedantes; así, cuanto más bajos son los valores de estas variables, más disfunción diurna se tiende a presentar. Por otro lado, existe una correlación entre una mayor disfunción diurna y el consumo de tabaco y de hipnosedantes en los últimos 12 meses, con el consumo de hipnosedantes sin receta y con el consumo de hipnosedantes con una pauta fija.

El análisis de regresión lineal se muestra en la Tabla 6. Teniendo en cuenta el método utilizado (ver apartado de análisis de datos), se obtuvieron tres modelos, cuyos valores de R^2 ajustado fueron 0,065 para el modelo 1 (solo con las variables sociodemográficas), 0,056 para el modelo 2 (variables sociodemográficas y de consumo de tabaco) y 0,157 para el modelo 3 (todas las variables utilizadas).

El modelo 1 explicaba el 9,2% del cambio en la variable total de calidad de sueño y se trataría de un modelo significativo ($F = 3,348$, $p = 0,041$). El modelo 2 no tiene un valor de F significativo ($p = 0,525$) y aumenta únicamente en un 0,6% la varianza explicada. El modelo 3, por otro lado, explicaría un 21,9% del cambio producido en la variable ($F = 3,527$, $p = 0,007$). En el modelo 3, la única variable que predijo la calidad del sueño fue el consumo de hipnosedantes sin receta, de forma que un menor consumo se asoció con una mayor calidad del sueño.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Tabla 6

Coefficientes de los modelos de regresión lineal para la VD Puntuación global de PSQI

VI	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	<i>B</i>	Desv. Error	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Modelo 1					
(Constante)	12,164	1,512		8,047	,000
Sexo	-,594	1,240	-,058	-,479	,634
Ingresos mensuales aproximados	-,001	,001	-,283	-2,334	,023
Modelo 2					
(Constante)	13,148	2,160		6,086	,000
Sexo	-,691	1,255	-,068	-,551	,584
Ingresos mensuales aproximados	-,001	,001	-,268	-2,163	,034
Consumo de tabaco en los últimos 12 meses	-,604	,943	-,077	-,640	,525
Modelo 3					
(Constante)	4,388	5,070		,865	,390
Sexo	-1,229	1,267	-,120	-,970	,336
Ingresos mensuales aproximados	-,001	,001	-,191	-1,570	,121
Consumo de tabaco en los últimos 12 meses	-,595	,951	-,076	-,625	,534
Consumo de hipnosedantes con alcohol y drogas ilegales	4,347	2,351	,229	1,849	,069
Consumo de hipnosedantes sin receta	-3,741	1,460	-,309	-2,562	,013

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo examinar la relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental. Los resultados principales que se han obtenido son: 1) que la mayoría de medidas de calidad de sueño tienen una relación negativa con el consumo de hipnosedantes; 2) que el consumo de tabaco se relaciona negativamente con la calidad global del sueño, la latencia del sueño, las perturbaciones del sueño y la disfunción diurna; 3) que el consumo de alcohol se relaciona con una peor calidad subjetiva del sueño, mayor latencia de sueño y mayor disfunción diurna; 4) que, para la muestra empleada, las variables emocionales no presentan correlación con la calidad del sueño.

En el presente estudio se encontró una calidad de sueño aceptable, en la línea de la evidenciada por Merino Andréu et al. (2016) y por el INE (Instituto Nacional de Estadística, 2023). De hecho, al observar los componentes, se observa que la duración del sueño, la eficiencia del sueño y el uso de medicación hipnótica tienen valores medios bastante buenos, puesto que un 75% de la población no presentaría problemas. El resto de los componentes tienen puntuaciones medias intermedias, indicando que no existen problemas de sueño destacables en la muestra.

En la línea de los resultados de la última edición de la Encuesta Nacional de Salud en España (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023), la calidad global del sueño fue peor en las mujeres que en los hombres, además de que en ellas el uso de medicación hipnótica es significativamente mayor. Este último dato se confirmó a través de las preguntas específicas de sustancias, ya que en los últimos 12 meses había una mayor proporción de mujeres que habían consumido estos medicamentos (en los últimos 30 días no hubo diferencias). Este resultado también ha sido señalado en España por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2022a). Como posible enfoque de investigación a futuro sería relevante ahondar en esta diferencia por sexos en la calidad de sueño para conocer sus causas.

En cuanto al consumo de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis) en los últimos 12 meses, los valores son similares a los arrojados en encuestas nacionales, como la EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022a). En el caso del consumo de hipnosedantes, los consumió un 22,8% de la muestra en el último año, mientras que, en la última encuesta de drogas, EDADES, el porcentaje de consumo

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

fue del 13,1%. Es posible que este dato sea más alto en la muestra del estudio que en la población general porque, como se indicó, el consumo de hipnosedantes es mayor en mujeres que en hombres y la muestra del presente estudio se compone en mayoritariamente de mujeres. A pesar de ello, una posible línea de investigación futura podría conllevar conocer si el consumo de hipnosedantes se relaciona con otras variables, como, por ejemplo, el estrés y su afrontamiento.

Se identificaron algunas diferencias de sexo en el consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Este fue más alto en hombres que en mujeres, además de que el número de días en los que se consumió alcohol en los últimos 30 días fue también mayor para los hombres. Asimismo, hubo una diferencia significativa entre hombres y mujeres en la gravedad del consumo de alcohol (ellos hacen un consumo de más gravedad que ellas).

Estas diferencias en el consumo de hombres y mujeres han sido encontradas previamente; Patró-Hernández et al. (2020) realizaron una revisión sistemática al respecto, encontrando un claro efecto de las normas de género y la socialización diferencial entre hombres y mujeres. Por un lado, la masculinidad tradicional (incluyendo la realización de conductas de riesgo) se asociaría con un mayor consumo de alcohol, mientras que la feminidad tradicional actuaría como un factor protector del consumo. Asimismo, estas autoras indican que, dados los cambios de los roles en la sociedad, se observa un cambio generacional en el que las mujeres jóvenes tienen una menor percepción de riesgo del alcohol. Esto se relacionaría con lo señalado por Fernández Rodríguez et al. (2019), quienes encontraron que en los primeros años de consumo de alcohol se mantienen los roles de género más tradicionales (con una percepción negativa del consumo de las mujeres), mientras que en la adolescencia se da en ambos sexos un consumo de alcohol similar y ellas lo muestran de forma más pública. Finalmente, en la juventud (a partir de los 19 años), ellas reducirían las prácticas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol, mientras que ellos los mantendrían.

En cuanto a las variables emocionales, se encontraron valores relativamente bajos tanto para síntomas de ansiedad como para síntomas de depresión. Tanto en el PHQ-9 como en la GAD-7, las puntuaciones medias obtenidas se sitúan por debajo del umbral que identificaría un problema de depresión o ansiedad (Diez-Quevedo et al., 2001;

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

García-Campayo et al., 2010). Estos valores indican que la mayor parte de la muestra no presenta problemas a nivel emocional, aunque es posible que estos resultados se deban a que son test enfocados en trastornos de ansiedad y depresión, pero han sido utilizados en población general, no en población clínica.

Por otro lado, se identificó una correlación entre la calidad del sueño y distintas variables. Entre las variables sociodemográficas, el sexo se relacionó con el consumo de alcohol y de hipnosedantes, mientras que la edad se relacionó de forma significativa con la latencia de sueño y la disfunción diurna, de forma que cuanto más jóvenes son las personas, más tardan en quedarse dormidas y tienen una mayor cantidad de problemas a lo largo del día. Este dato debería evaluarse en mayor profundidad en el futuro, ya que una posible hipótesis explicativa podría ser que las personas más jóvenes estén más expuestas a pantallas, puesto que es bien conocido el efecto negativo que tienen sobre la calidad del sueño (Small et al., 2020).

En cuanto a la relación con el consumo de sustancias, una peor calidad global del sueño se relacionó con el consumo de tabaco y con el de hipnosedantes. Al observar los componentes del PSQI, la calidad subjetiva del sueño se relacionó negativamente con el consumo de alcohol y el de hipnosedantes; una mayor latencia del sueño y más disfunción diurna se relacionaron con el uso de alcohol, tabaco e hipnosedantes; una peor eficiencia del sueño tuvo relación con el uso de hipnosedantes y tener más perturbaciones del sueño se relacionó con el consumo de tabaco, cannabis e hipnosedantes.

Estos resultados están en la línea de lo encontrado por estudios previos: Ebrahim et al. (2013) y Zheng et al. (2021) tuvieron resultados similares en cuanto a la relación entre calidad de sueño y consumo de alcohol, mientras que la relación entre el consumo de tabaco en el último año y la calidad de sueño fue identificada por varios estudios (Da Silva e Silva et al., 2022; Purani et al., 2019; Santos et al., 2020). Para Da Silva e Silva et al. (2022), la relación entre el número de cigarrillos consumido y mayores perturbaciones del sueño podría deberse a que, al consumir un mayor número de cigarrillos, existe una mayor dependencia a la nicotina y esto provocaría las perturbaciones del sueño (a través del efecto de abstinencia provocado).

Cabe señalar que el consumo de cannabis tuvo poca relación con las variables de calidad de sueño, ya que únicamente se relacionó el número de porros fumados en cada

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

día de consumo con el presentar más perturbaciones del sueño. Teniendo en cuenta que existen pocos estudios centrados en la relación entre el sueño y esta sustancia, es necesario señalar la necesidad de realizar futuros estudios, puesto que el consumo de cannabis ha ido aumentando con el paso del tiempo y mantiene esta tendencia (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022a), la relación que puede tener su consumo con cuestiones de salud pública como la calidad de sueño es cada vez más importante.

Destacablemente, el consumo de hipnosedantes presentó numerosas correlaciones con la calidad del sueño, lo que resulta muy relevante por el consumo creciente que se realiza de los mismos. De hecho, el uso de psicofármacos –en concreto, el consumo de hipnosedantes sin receta médica– fue la única variable predictora de la calidad del sueño. Esto probablemente no signifique que cambiando el consumo por un consumo bajo receta médica pueda mejorar la calidad de sueño, sino que cuando se consumen estos medicamentos de una manera azarosa y en casos en los que no están bien establecidos sus beneficios, generan un efecto negativo.

Teniendo en cuenta que los hipnosedantes se suelen recetar cuando las personas necesitan mejorar su descanso, lo más probable es que la relación entre su uso y una peor calidad de sueño no indique que consumir hipnosedantes reduzca la calidad de sueño, sino que las personas que tienen una mala calidad de sueño son las que más consumen los hipnosedantes para intentar beneficiarse. Sin embargo, también indicaría que, realmente, no están obteniendo beneficios a través de este tratamiento. Además, se observó que el consumo de hipnosedantes con alcohol o con alcohol y drogas ilegales parece asociarse con una mejor calidad del sueño.

Este aspecto podría respaldar la hipótesis anterior, sugiriendo que las personas con problemas para conciliar el sueño pudieran recurrir a la automedicación mediante el consumo de otras drogas, posiblemente por no considerar suficiente el efecto obtenido a través de los hipnosedantes (cuyo efecto produce tolerancia rápidamente, como indica Engin, 2023). Sin embargo, resulta desconcertante explicar por qué consumir los hipnosedantes de forma combinada se asocia con una mejor calidad de sueño, cuando el consumo de estas sustancias por separado se relaciona con una peor calidad de sueño. Es necesario ahondar en la investigación al respecto.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Dado que uno de los objetivos específicos del trabajo fue examinar la relación entre la calidad del sueño y las variables emocionales, también cabe destacar que no se encontró ninguna correlación significativa al respecto, al contrario de lo señalado por la literatura previa (Nguyen et al., 2022; Ortiz Mieres y Armoa Medina, 2020). Por tanto, tampoco se pudieron plantear las variables emocionales como mediadoras de la relación entre la calidad del sueño y el consumo de ninguna sustancia. Si se considera que numerosos estudios previos sí encontraron relación entre la calidad del sueño y las variables emocionales, es necesario plantear que la investigación en este ámbito pueda profundizarse en el futuro, utilizando otro tipo de medidas emocionales.

Finalmente, en cuanto al presente estudio, cabe señalar algunas limitaciones. Por un lado, el muestreo por bola de nieve permite alcanzar a personas que tienen siempre algo en común con las anteriores, por lo que la variabilidad de la muestra es inferior a la de la población general. Por otro lado, el tamaño de la muestra y la proporción de personas que consumían cada sustancia resultaban algo pequeñas, particularmente en el caso del consumo de hipnosedantes. Esto dificultó el obtener resultados claros, pues parte de las preguntas utilizadas fueron respondidas por un número reducido de personas. Además, se empleó un diseño transversal y es importante realizar nuevos estudios longitudinales con muestras más amplias que permitan establecer conclusiones firmes. Asimismo, cabe incluir como limitación algunas de las escalas e ítems utilizados para medir las variables. Concretamente, el uso del PHQ-9 y GAD-7 sería más adecuado para población clínica, mientras que las preguntas relativas al uso de sustancias extrajeron de la encuesta EDADES para facilitar la comparación con la población general española, pero esto no permite tener una medida validada del uso problemático (por ejemplo, del cannabis).

En conclusión, este estudio evidenció que las variables que se relacionaron con una peor calidad del sueño fueron, fundamentalmente, las de consumo de hipnosedantes. A pesar de que estos sean medicamentos utilizados con la finalidad de mejorar la calidad de sueño, el efecto que se obtiene está lejos del buscado: en algunos casos, se genera un efecto claramente negativo sobre la calidad del sueño, mientras que en otros cabe pensar que no existe ningún efecto. El consumo de este tipo de medicamentos en la población española es alto y aumenta progresivamente, por lo que en lugar de este tratamiento, la mejora de la calidad del sueño podría enfocarse a través

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

de pautas adecuadas de higiene del sueño, tratamiento psicológico para reducir las posibles alteraciones emocionales que aparezcan (ya que se han observado en la literatura, a pesar de no surgir en el presente estudio) y limitar el uso de medicación hipnosedante a casos específicos, en los que otras medidas no surtan efecto. Aun así, sería necesario aumentar la investigación para poder determinar en mayor medida si, lejos de ayudar, el uso de medicación hipnosedante puede ser perjudicial para la calidad del sueño.

Referencias

Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83(3), 1455-1458.

<https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.2466/pr0.1998.83.3f.1455>

Buyse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.

[https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed). Lawrence Erlbaum Associates.

Contel Guillamón, M., Gual Solé, A., y Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.613>

Da Silva e Silva, W. C., Costa, N. L., Rodrigues, D. D. S., Da Silva, M. L., y Cunha, K. D. C. (2022). Sleep quality of adult tobacco users: A systematic review of literature and meta-analysis. *Sleep Epidemiology*, 2, 100028.

<https://doi.org/10.1016/j.sleepe.2022.100028>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2022a). *EDADES 2022. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) 1995-2022*. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2022b). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 2022 (EDADES)—Cuestionario autorrellenable*.

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Ministerio de Sanidad. Gobierno de España.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022EDADES_AUT_CAST.pdf

Diekelmann, S. (2014). Sleep for cognitive enhancement. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, 46. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2014.00046>

Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., y Spitzer, R. L. (2001). Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>

Diz-Ferreira, E., Díaz-Vidal, P., Da Cunha Soares Nicolau, M. L., Criado-Santos, M. P., Ayán, C., y Diz, J. C. (2021). Efecto del confinamiento por la pandemia de COVID-19 sobre la calidad del sueño en Galicia. *Revista Española de Salud Pública*, 95(11 de enero e202101001). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957704>

Ebrahim, I. O., Shapiro, C. M., Williams, A. J., y Fenwick, P. B. (2013). Alcohol and Sleep I: Effects on Normal Sleep. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(4), 539-549. <https://doi.org/10.1111/acer.12006>

Engin, E. (2023). GABAA receptor subtypes and benzodiazepine use, misuse, and abuse. *Frontiers in Psychiatry*, 13(1060949). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1060949>

Fernández Rodríguez, M. A., Dema Moreno, S., y Fontanil Gómez, Y. (2019). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: Estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*, 31(4), 260-273. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1003>

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

García Carretero, M. Á., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Delgado, J. M., y O'Ferrall

González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4), 194. <https://doi.org/10.20882/adicciones.775>

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., Freire, O., y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(8). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>

Gómez-Gómez, I., Benítez, I., Bellón, J., Moreno-Peral, P., Oliván-Blázquez, B., Clavería, A., Zabaleta-del-Olmo, E., Llobera, J., Serrano-Ripoll, M. J., Tamayo-Morales, O., y Motrico, E. (2023). Utility of PHQ-2, PHQ-8 and PHQ-9 for detecting major depression in primary health care: A validation study in Spain. *Psychological Medicine*, 53(12), 5625-5635. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002835>

Hser, Y.-I., Mooney, L. J., Huang, D., Zhu, Y., Tomko, R. L., McClure, E., Chou, C.-P., y Gray, K. M. (2017). Reductions in cannabis use are associated with improvements in anxiety, depression, and sleep quality, but not quality of life. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 81, 53-58. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.07.012>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Población por sexo, edad y horas de sueño al día*. Hábitos de vida. Cifras absolutas y relativas. Descanso y ejercicio físico. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/p02/a2003/10/&file=02093.px>

Jiménez-Vaquero, C., Alonso-Domínguez, R., García-Yu, I. A., Martín-Nogueras, A. M., Sánchez-Aguadero, N., Crespo-Sedano, A., Rihuete-Galve, M. I., García-Alonso, M. A., García-Prieto, M. L., González-Sánchez, J., y Recio, J.-I. (2023).

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Analysis of the determinants of sleep quality in a Spanish population: A study protocol for a cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(e069444).

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069444>

Magaz-González, A. M., Mendaña-Cuervo, C., Sahelices-Pinto, C., y García-Tascón, M. (2021). The quality of rest and its relationship with physical activity practice during the COVID-19 lockdown in Spain. *Retos*, 44, 155-166.

<https://doi.org/10.47197/retos.v44i0.90716>

Marqueta de Salas, M., Rodríguez Gómez, L., Enjuto Martínez, D., Juárez Soto, J. J., y Martín-Ramiro, J. J. (2017). Relación entre la jornada laboral y las horas de sueño con el sobrepeso y la obesidad en la población adulta española según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 91(1 de marzo 201703023).

<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v91/1135-5727-resp-91-201703023.pdf>

McLean, K. J., Eack, S. M., y Bishop, L. (2021). The impact of sleep quality on quality of life for autistic adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 88(2021),

101849. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101849>

Meneo, D., Bacaro, V., Curati, S., Russo, P. M., Martoni, M., Gelfo, F., y Baglioni, C. (2023). A systematic review and meta-analysis of the association between young adults' sleep habits and substance use, with a focus on self-medication

behaviours. *Sleep Medicine Reviews*, 70(2023), 101792.

<https://doi.org/10.1016/j.smr.2023.101792>

Merino Andréu, M., Álvarez Ruiz de Larrinaga, A., Madrid Pérez, J. A., Martínez Martínez, M. Á., Puertas Cuesta, F. J., Asencio Guerra, A. J., Romero Santo-Tomás, O., Segarra Isern, F. J., Canet Sanz, T., Giménez Rodríguez, P., Terán Santos, J., Alonso Álvarez, M. L., García-Borreguero Díaz-Varela, D., y

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

- Barriuso Esteban, B. (2016). Sueño saludable: Evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de Neurología*, 63(Suplemento 2), S1-S27. <https://doi.org/10.33588/rn.63S02.2016397>
- Nguyen, V. V., Zainal, N. H., y Newman, M. G. (2022). Why Sleep is Key: Poor Sleep Quality is a Mechanism for the Bidirectional Relationship between Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder Across 18 Years. *Journal of Anxiety Disorders*, 90(2022), 102601. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102601>
- Ortiz Mieres, D., y Armoa Medina, C. L. (2020). Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. *ScientiAmericana*, 7(2), 45-56. <https://doi.org/10.30545/scientiamericana.2020.jul-dic.1>
- Patrón-Hernández, R. M., Nieto Robles, Y., y Limiñana-Gras, R. M. (2020). Relación entre las normas de género y el consumo de alcohol: Una revisión sistemática. *Adicciones*, 32(2), 145. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1195>
- Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M., Alonso, B., Malvar, A., Hervada, X., y De León, J. (2009). Fagerstrom test for nicotine dependence vs heavy smoking index in a general population survey. *BMC Public Health*, 9, 493. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-493>
- Purani, H., Friedrichsen, S., y Allen, A. M. (2019). Sleep quality in cigarette smokers: Associations with smoking-related outcomes and exercise. *Addictive Behaviors*, 90, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.023>
- Ried, K., Tamanna, T., Matthews, S., y Sali, A. (2023). Medicinal cannabis improves sleep in adults with insomnia: A randomised double-blind placebo-controlled crossover study. *Journal of Sleep Research*, 32(3), e13793. <https://doi.org/10.1111/jsr.13793>

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

- Royuela Rico, A., y Macías Fernández, J. A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, 9(2), 81-94.
https://www.researchgate.net/publication/258705863_Propiedades_clinimetricas_de_la_version_castellana_del_cuestionario_de_Pittsburgh
- Sánchez-Sellero, M.-C. (2021). Impacto del trabajo a turnos sobre la salud y la satisfacción laboral de los trabajadores en España. *Revista Sociedade e Estado*, 36(1), 109-131. <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136010006>
- Santos, A. F. dos, Mussi, F. C., Pires, C. G. D. S., Santos, C. A. D. S. T., y Paim, M. A. S. (2020). Sleep quality and associated factors in nursing undergraduates. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20190144. <https://doi.org/10.37689/actaape/2020AO0144>
- Sewell, K. R., Erickson, K. I., Rainey-Smith, S. R., Peiffer, J. J., Sohrabi, H. R., y Brown, B. M. (2021). Relationships between physical activity, sleep and cognitive function: A narrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 130(2021), 369-378. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.003>
- Sirtoli, R., Balboa-Castillo, T., Fernández-Rodríguez, R., Rodrigues, R., Morales, G., Garrido-Miguel, M., Valencia-Marín, Y., Guidoni, C. M., y Mesas, A. E. (2023). The Association Between Alcohol-Related Problems and Sleep Quality and Duration Among College Students: A Multicountry Pooled Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21, 2923-2940.
<https://doi.org/10.1007/s11469-022-00763-8>
- Small, G. W., Lee, J., Kaufman, A., Jalil, J., Siddarth, P., Gaddipati, H., Moody, T. D., y Bookheimer, S. Y. (2020). Brain health consequences of digital technology use. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(2), 179-187.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2020.22.2/gsmall>

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Velzeboer, R., Malas, A., Boerkoel, P., Cullen, K., Hawkins, M., Roesler, J., y Lai, W.

W.-K. (2022). Cannabis dosing and administration for sleep: A systematic review. *Sleep*, 45(11), 1-14. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsac218>

Verlinden, J. J., Moloney, M. E., Whitehurst, L. N., y Weafer, J. (2022). Sex Differences in the Association Between Poor Sleep Quality and Alcohol-Related Problems Among Heavy Drinkers With Insomnia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16 (875168). <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.875168>

Zheng, D., Yuan, X., Ma, C., Liu, Y., VanEvery, H., Sun, Y., Wu, S., y Gao, X. (2021).

Alcohol consumption and sleep quality: A community-based study. *Public Health Nutrition*, 24(15), 4851-4858.

<https://doi.org/10.1017/S1368980020004553>

Índice de tablas

Tabla 1	8
Tabla 2	16
Tabla 3	17
Tabla 4	19
Tabla 5	21
Tabla 6	26

Índice de figuras

Figura 1	18
----------------	----

Relación entre la calidad del sueño, el consumo de sustancias y la salud mental en adultos

Índice de anexos

Anexo 1. Copia del formulario de Microsoft Forms utilizado para administrar las distintas escalas empleadas en el estudio.

TFM: estudio sobre la calidad del sueño y la salud mental

Máster en Psicología General Sanitaria - UniOvi

Si eres mayor de edad, por favor, contesta si te es posible.
No lleva mucho: el tiempo habitual de respuesta es de unos 8-12 minutos.



* Obligatoria

Fines de los datos

El objetivo de mi trabajo es examinar si la calidad del sueño tiene relación con algunas variables psicológicas, por lo que necesito la colaboración de muchas personas como tú. **Si eres mayor de edad, por favor, contesta si te es posible.**

Toda la información recogida será **totalmente anónima** y únicamente se utilizará de manera estadística, no pudiendo identificarse a quienes respondan.

Se tratarán los datos conforme a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En función de la misma, se informa de que los datos recogidos serán incluidos en el registro de actividad del habilitado al efecto, cuya única finalidad es poder realizar la investigación en curso. Se garantizan los derechos de tratamiento de los datos y el derecho a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas en cuanto a la información facilitada.

Los datos solicitados son necesarios para cumplir con la finalidad mencionada, y, por lo tanto, el hecho de no obtenerlos impide conseguirla.

1. He leído la información y estoy de acuerdo con participar *

Sí

No

Datos sociodemográficos

2. Edad *

Escriba un número mayor que o igual a 18.

3. Sexo *

- Hombre
- Mujer

4. Ocupación *

- Estudio
- En situación de desempleo
- Trabajo
- Soy pensionista/me he jubilado
- Me encargo de las labores domésticas/familiares
- Trabajo y estudio

5. Máximo nivel educativo **completado** *

- Educación básica
- Educación secundaria obligatoria
- Formación profesional media / Bachillerato
- Formación profesional superior
- Grado universitario o equivalente
- Máster
- Doctorado
- Ninguna

6. Ingresos mensuales aproximados *

El valor debe ser un número.

PSQI

Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted **normalmente durante el último mes**.

Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante **la mayor parte** de los días y noches **del último mes**.

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

Apunte su HORA habitual de ACOSTARSE: *

8. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, **normalmente**, las noches del **último mes**?

Apunte el tiempo EN MINUTOS: *

El valor debe ser un número.

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

Apunte su HORA habitual de LEVANTARSE: *

10. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido **verdaderamente** cada noche durante el **último mes**? (el tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)

Apunte las HORAS que crea haber dormido: *

El valor debe ser un número.

11. Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Durante el **último mes**, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de: *

ATENCIÓN: si estás respondiendo desde un móvil, es posible que tengas que deslizar hacia la izquierda para ver la tabla completa.

Hay 4 opciones de respuesta en cada pregunta.

	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1-2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
No poder conciliar el sueño en la primera media hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despertarse durante la noche o de madrugada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener que levantarse para ir al servicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder respirar bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toser o roncar ruidosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir frío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir demasiado calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tener pesadillas o "malos sueños"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sufrir dolores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras razones (por favor, descríbalas a continuación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Si en el último mes ha tenido problemas para dormir por otras razones, por favor, descríbalas

13. Durante el **último mes**, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño? *

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

14. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir? *

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

15. Durante el **último mes**, ¿cuántas veces habrá sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad? *

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

16. Durante el **último mes**, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior? *

- Ningún problema
- Solo un leve problema
- Un problema
- Un grave problema

17. ¿Duerme usted solo o acompañado? *

- Solo
- Con alguien en otra habitación
- En la misma habitación, pero en otra cama
- En la misma cama

18. Si tiene usted pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el **último mes** usted ha tenido: *

ATENCIÓN: si estás respondiendo desde un móvil, es posible que tengas que deslizar hacia la izquierda para ver la tabla completa.

Hay **4 opciones de respuesta** en cada pregunta.

	Ninguna vez	Menos de 1 vez a la semana	1-2 veces a la semana	3 o más veces a la semana
Ronquidos ruidosos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episodios de desorientación o confusión mientras duerme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros inconvenientes mientras duerme (por favor, descríbalos a continuación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Si en el último mes ha tenido usted otros inconvenientes mientras dormía, por favor, descríbalos

PHQ9

20. Durante **las últimas 2 semanas**, ¿con qué frecuencia ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? *

ATENCIÓN: si estás respondiendo desde un móvil, es posible que tengas que deslizar hacia la izquierda para ver la tabla completa.
Hay 4 opciones de respuesta en cada pregunta.

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sin apetito o ha comido en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Si marcó **cualquiera** de los problemas, ¿qué tanta **dificultad** le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? *

ATENCIÓN: también hay 4 opciones de respuesta.

	No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
Selección:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GAD7

22. Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en **los últimos 15 días**: *

ATENCIÓN: si estás respondiendo desde un móvil, es posible que tengas que deslizar hacia la izquierda para ver la tabla completa.
Hay 4 opciones de respuesta en cada pregunta.

	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No ha podido dejar de preocuparse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha irritado o enfadado con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONSUMO DE ALCOHOL

Se considera bebida alcohólica cualquier tipo de sustancia que contenga alcohol, entre las que se incluyen:

- Vino, champán, cava
- Cerveza, sidra (cañas, claras...)
- Vermú, jerez, finos
- Combinados o cubatas (copas de bebidas alcohólicas de alta graduación mezcladas con refrescos, zumos,... se incluyen los mojitos)
- Licores de frutas (pacharán, licores de manzana, pera, melocotón, melón...)
- Licores fuertes o bebidas destiladas (coñac, brandy, ginebra, ron, whisky, crema de orujo, crema de ron, tequila, carajillo...)

23. ¿Ha consumido usted CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA, **en los últimos 12 meses, aunque fuera sólo una vez?** *

- No
- Sí

24. Si ha consumido, EDAD en que consumió por primera vez en su vida *

El valor debe ser un número.

25. ¿Ha consumido usted CUALQUIER CLASE DE BEBIDA ALCOHÓLICA, **en los últimos 30 días, aunque fuera sólo una vez?** *

- No
- Sí

26. ¿Cuántos días ha consumido BEBIDAS ALCOHÓLICAS en los **ÚLTIMOS 30 DÍAS?** *

El valor debe ser un número.

27. Durante los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**, ¿ha tomado alguna vez en la misma ocasión:

- 5 o más bebidas alcohólicas si es usted un **hombre?**
- 4 o más bebidas alcohólicas si es usted una **mujer?**

Entendiendo por "ocasión" cuando se toman **varias bebidas seguidas o en un plazo** de un par de horas. No excluya las bebidas alcohólicas tomadas durante las comidas. *

- Sí, al menos una vez en los últimos 30 días
- No he tomado este número de bebidas alcohólicas en la misma ocasión durante los últimos 30 días

28. Las personas beben alcohol por distintos motivos. **Pensando en LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuáles han sido para usted los MOTIVOS principales PARA BEBER?** Puede marcar una o varias casillas. *

- Porque es **divertido** o porque le gusta cómo se siente
- Para **encajar en un grupo** que le gusta o para no sentirse excluido (en relación con los demás)
- Porque le **ayuda** cuando se siente **deprimido** o cuando necesita **olvidarse de todo**

AUDIT C

29. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? *

- Nunca
- Una o menos de una vez al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

30. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? *

- 1 o 2
- 3 o 4
- 5 o 6
- 7 a 9
- 10 o más

31. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? *

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

CONSUMO DE TABACO

32. ¿Ha consumido usted UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO, aunque fuera sólo una o dos caladas, en los últimos 12 meses? *

No

Sí

33. Si ha consumido, EDAD en que consumió por primera vez en su vida *

El valor debe ser un número.

34. ¿Ha consumido usted UN CIGARRILLO U OTRO TIPO DE TABACO, aunque fuera sólo una o dos caladas, en los últimos 30 días? *

No

Sí

35. ¿Cuántos días ha consumido TABACO en los ÚLTIMOS 30 DÍAS? *

El valor debe ser un número.

36. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, por término medio, ¿cuántos cigarrillos ha fumado cada día en los que fumó? *

El valor debe ser un número.

HSI

37. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? *

- 10 o menos
- 11 a 20
- 21 a 30
- 31 o más

38. ¿Cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo? *

- En los 5 primeros minutos
- Entre los 6 y los 30 minutos
- Entre los 31 y los 60 minutos
- Después de 60 minutos

CONSUMO DE **CANNABIS** (marihuana, hachís, etc.)

Se incluye aceite de hachís, chocolate, porro, costo, hierba, etc.

39. ¿Ha consumido usted CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS **en los últimos 12 meses?** *

No

Sí

40. **Si ha consumido**, EDAD en que consumió por primera vez en su vida *

El valor debe ser un número.

41. ¿Ha consumido usted CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS **en los últimos 30 días?** *

No

Sí

42. ¿Cuántos días ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS en **los ÚLTIMOS 30 DÍAS?** *

El valor debe ser un número.

43. **En los ÚLTIMOS 30 DÍAS**, cuando ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, **¿cuántos PORROS ha fumado EN EL MISMO DÍA por término medio?** *

No considere que fumó porros si lo único que hizo fue dar unas caladas al porro de otra persona.

El valor debe ser un número.

44. **En los ÚLTIMOS 30 DÍAS**, cuando ha consumido CANNABIS, MARIHUANA o HACHÍS, **¿lo ha mezclado con TABACO?** *

Sí

No

45. ¿Con qué **frecuencia** le ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los **ÚLTIMOS 12 MESES?**

ATENCIÓN: si estás respondiendo desde un móvil, es posible que tengas que deslizar hacia la izquierda para ver la tabla completa.

Hay **5 opciones de respuesta** en cada pregunta.

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Ha fumado cannabis antes del mediodía ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha fumado cannabis estando solo/a ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Le han dicho los amigos o miembros de tu familia que debería reducir el consumo de cannabis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONSUMO DE **TRANQUILIZANTES, SEDANTES Y SOMNÍFEROS**

INCLUYA: lexatín, orfidal, noctamid, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diacepam, valium, stilnox, zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc.

NO INCLUYA: valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.

46. ¿Ha consumido usted TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS **en los últimos 12 meses?** *

- No
- Sí

47. ¿Ha consumido usted TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS **en los últimos 30 días?** *

- No
- Sí

48. **Si ha consumido**, EDAD en que los consumió **por primera vez en su vida** *

El valor debe ser un número.

49. Piense en la **última vez que tomó** TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS: ¿Cómo le dijo el médico que se lo tenía que tomar? *

- El médico me dijo que me lo tomara con una pauta fija (cada 8 horas, 1 al día ...)
- El médico me dijo que me lo tomara cuando yo lo necesitara.
- Lo tomo según considero a pesar de que el médico me indicase otra pauta
- Lo tomo según considero porque no me lo ha recetado ningún médico

50. En los **ÚLTIMOS 12 MESES**, ¿Ha consumido TRANQUILIZANTES, SEDANTES y/o SOMNIFEROS SIN RECETA O PARA USO NO MÉDICO en la misma ocasión junto con...?

	No	Sí
con alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
con drogas ilegales (cannabis, cocaína, heroína, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
con alcohol y drogas ilegales a la vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.