

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y
Fisioterapia



MÁSTER OFICIAL EN SEXOLOGÍA

Curso Académico 2012/2013

Trabajo Fin de Máster

**SATISFACCIÓN MARITAL EN PERSONAS
CON SÍNDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL
SUEÑO EN LAS ZONAS DE LEVANTE Y
PONIENTE DE ALMERÍA**

Autora: Alicia Abad García

Tutora: Rosa María Zapata Boluda

ÍNDICE

Agradecimientos	3
Resumen	4
1. Introducción y justificación.....	5
1.1. Marco conceptual.....	5
a. Definición	5
b. Factores de riesgo	6
c. Causas	7
d. Síntomas.....	8
e. Diagnóstico	10
f. Tratamiento.....	17
g. Sexualidad.....	21
1.2. Estado cuestión	25
2. Objetivos	27
3. Metodología	28
4. Resultados	31
5. Discusión.....	69
6. Conclusiones	71
7. Bibliografía y Webgrafía.....	73
8. Anexos.....	84

Agradecimientos

A mi tutora Rosa María Zapata por su trato y ayuda al alumno dentro y fuera del aula, por su comprensión y dedicación a la docencia tanto en horario laboral como fuera de él.

A Raquel Alarcón por su ayuda en el ámbito estadístico en cualquier momento del día recibíendote siempre con una sonrisa.

A mis padres, hermana, pareja y amigos de este viaje por apoyarme en todo momento, en este año tan bueno y amargo a la vez, por animarme a no tirar la toalla y seguir hasta cuando piensas que no puedes más.

Y una mención especial para él por regalarme y regalarnos alegrías y sonrisas desde que llegó hace 5 meses y 16 días, eres nuestro regalo en forma de vida, y a ella porque aunque me dejara 7 días después de verme orgullosa en la graduación de este Master de Sexología sé que estas orgullosa de mí como lo has sido siempre.

GRACIAS.

Resumen

El Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) se caracteriza por episodios repetidos (>5/hora), de al menos 10 segundos de duración, de colapso total (apnea) o parcial (hipopnea) de la vía aérea superior durante el sueño. *Gispert y Sampol (2008) (1)*

Según estos autores, clásicamente, su definición ha incluido la presencia de síntomas secundarios a estos episodios, principalmente somnolencia diurna. Sin embargo el conocimiento reciente de que muchas personas con apnea-hipopnea durante el sueño no tienen somnolencia pero sí otros síntomas asociados como son los ronquidos, los cuales son descritos por la pareja y son motivo principal de consulta al facultativo especialista, Neumólogo, ha sido el motivo principal que ha desencadenado para estudiar la Satisfacción Sexual Marital en pacientes con SAHS ya que algunos de ellos habrían abandonado la habitación conyugal eliminando así el tiempo de pareja nocturno.(1)

Por lo que se plantea el objetivo general: Valorar la efectividad del tratamiento CPAP (presión positiva continua en vía aérea) en mejorar la satisfacción marital.

Para llevar a cabo esta investigación y análisis se ha cogido una muestra de 50 sujetos los cuales han sido evaluados antes y después del tratamiento con presión positiva continua en vía aérea superior (CPAP) mediante la *Escala de Satisfacción Marital de Roach, Browden y Frazier en 1981. Arias-Galicia 2003 (2)*

Dónde tras analizar mediante el programa SPSS los respuestas obtenidos en las preguntas planteadas en , se obtienen unos resultados positivos en cuanto a la mejora de la satisfacción sexual tras el tratamiento.

Pudiendo concluir con la existencia de un beneficio en la satisfacción marital tras el uso del tratamiento CPAP durante un mes.

Palabras clave: Síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño, CPAP (Presión positiva continua en vía aérea superior) y Satisfacción Marital.

1. Introducción y justificación

Los trastornos respiratorios durante el sueño (TSR) engloban una amplia serie de situaciones patológicas, desde la roncopatía crónica hasta los casos más graves de síndrome de apnea-hipopneas durante el sueño (SAHS). El SAHS es una entidad con una prevalencia elevada, estimándose que afecta al 2-4% de la población general. *Sánchez-Armengol 2006 (3)*

Por lo que el síndrome de apnea del sueño es un síndrome respiratorio muy común en la sociedad. Son muchos los síntomas y complicaciones conocidos provocados por este padecimiento como la hipertensión arterial, ansiedad, depresión, trastornos cardíacos ó la impotencia sexual. *Borrego 1994. (4)*

Este autor confirma que se ha demostrado su relación con una disminución en la calidad de vida, con la aparición de complicaciones cardiovasculares, como hipertensión arteria, así como con un aumento de la siniestrabilidad de tráfico y laboral. (4)

En éste último se centra mi estudio, la calidad de vida en pareja y su satisfacción sexual se ha visto afectada indirectamente por este síndrome, uno de los síntomas claros es la impotencia sexual que se presenta en un 42% de los pacientes con apnea.

Según la OMS la sexualidad es un derecho del ser humano presente a lo largo de su vida, por lo que es importante saber cómo el tratamiento de la apnea mejora las relaciones sexuales del paciente.

Es necesario plantearnos la importancia de la sexualidad en pacientes Síndrome de apnea-hipopnea del sueño y la búsqueda de soluciones a las alteraciones encontradas.

1.1. Marco conceptual

a. Definición

Según el Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NIH) la apnea del sueño es un trastorno común de la respiración (casi siempre crónico) en el que se produce una interrupción de la respiración durante el sueño ó ésta se hace muy

superficial. Estas interrupciones pueden durar desde unos pocos segundos a minutos y pueden ocurrir más de 30 veces por hora. (5)

En algunos manuales de diagnóstico y terapéutica *Gispert y Sampol 2008* (1) definen al síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) cómo la caracterización por episodios repetidos (mayor a 5/hora), de al menos 10 segundos de duración, de colapso total (apnea) o parcial (hipopnea) de la vía aérea superior durante el sueño.

Ambos autores reivindican en su definición la inclusión de la presencia de síntomas secundarios a estos episodios, principalmente somnolencia diurna. Sin embargo, el conocimiento reciente de que muchas personas con apnea-hipopnea durante el sueño no tienen somnolencia y de que el SAHS se asocia a eventos sistémicos, principalmente enfermedades cardiovasculares, está modificando el concepto de la enfermedad.(1)

Tras esta interrupción la respiración vuelve con un ronquido o resoplido, por ello la gente que padece apnea del sueño suele roncar muy fuerte (aunque no todas las personas que roncan tienen apnea).

Con las pausas la persona pasa de un sueño profundo a un sueño liviano, el sueño es de mala calidad y tiene despertares transitorios repetidos durante la noche de forma que no duermen bien y pueden estar somnolientos durante el día. Por ello las personas con apnea del sueño tienen mayor riesgo de sufrir accidentes de tráfico, accidentes en el trabajo y otros problemas médicos. *Gutierrez FJ 2011* (6)

La *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)* nos da otra definición que va mucho más allá para SAHS como un cuadro caracterizado por somnolencia, trastornos neuropsiquiátrico y cardiorrespiratorios, secundarios a una alteración anatómico funcional de la vía aérea superior, que conduce a episodios repetidos de obstrucción de ésta durante el sueño, los cuales provocan descensos de la saturación de oxígeno y despertares transitorios, que dan lugar a un sueño no reparador.(7)

b. Factores de riesgo

El síndrome de apnea del sueño es 2-3 veces más común en los hombres y en ≥ 65 años. El riesgo aumenta con el peso corporal (10% de ganancia de peso aumenta 6 veces el

riesgo de SAOS) (factor de riesgo modificable más importante). Influye mucho la acumulación de grasa en el cuello. *Ferrer JV 2008* (8)

Pino y García refieren que el SAHS se presenta en individuos de peso normal con otros factores de riesgo como factores que favorecen el colapso faríngeo (macroglosia, hipertrofia amigdalina...), anomalías del macizo craneofacial (retrognatia), la obstrucción nasal o el tabaquismo. Existen dudas sobre la influencia de factores hereditarios. (9)

c. Causas

El tipo más común es la apnea obstructiva del sueño producida por un colapso en las vías respiratorias o una obstrucción de ellas durante el sueño. Apneas e hipopneas son causadas por el cierre de las vías respiratorias durante la inspiración al dormir; esto sucede conforme se relajan los músculos que dilatan el tercio superior de las vías respiratorias (a semejanza de todos los de la fibra estriada). En sujetos con SAHS los músculos dilatadores dejan de contrarrestar lo suficiente a la presión positiva en el interior del conducto durante la inspiración. El defecto primario reside en los músculos en cuestión. El tercio superior de las vías respiratorias en estos sujetos es angosto durante las horas de vigilia pero en ese lapso los músculos dilatadores de las vías respiratorias tienen una actividad mayor de lo normal y así se asegura el libre tránsito de aire. Sin embargo en la fase de somnolencia el tono muscular disminuye y el conducto respiratorio se estrecha.(10)

Además del colapso faríngeo cuando la acción de los músculos dilatadores y abductores de la orofaringe se ve sobrepasada por la presión negativa intraluminal generada por la actividad inspiratoria del diafragma y los músculos intercostales, existen factores predisponentes como son:

- Obesidad(especialmente la troncular)
- Sexo masculino
- Genético (agrupación en familias)
- Edad adulta

- Menopausia
- Alcohol, sedantes, anestésicos
- Tabaco
- Trastornos anatómicos (macroglosia, hipertrofia amigdalara especialmente infantil, obstrucción nasal, hipertrofia úvula/velopalatina, micrognatia, retrognatia)
- Trastornos endocrinos: hipotiroidismo, acromegalia, Síndrome de cushing
- Trastornos neuromusculares: ictus bulbar, Enfermedad de Steinert, Síndrome de Shy-Drager
- Otros: Insuficiencia Renal Crónica, Síndrome de Marfan, laringomalacia.

Las apneas e hipopneas terminan cuando la persona se despierta, es decir, cuando recupera brevemente la conciencia después de estar dormida. Al despertar el tono de la musculatura dilatadora de las vías superiores se restablece y así se reanuda el libre tránsito del aire.

También existe otro tipo de apnea, la apnea del sueño central, producida por falta de esfuerzo respiratorio. (11)

d. Síntomas

Según *Hadjiliadis 2011* una persona con apnea del sueño no es consciente de ello ya que los episodios se producen durante el sueño. A menudo, es su pareja ó los miembros de su familia los que lo perciben.

De todos los síntomas observados en el trastorno, el ronquido es el rasgo más universal de la apnea del sueño y una de las causas más comunes de referencia para la evaluación del trastorno. Normalmente el paciente comienza a roncar cada vez más fuerte. Posteriormente los ronquidos son interrumpidos por un período largo y silencioso durante el cual no hay ninguna respiración. Tras esto se produce un resoplido ruidoso y jadeo, como si la persona intentara respirar tras ahogarse.

Esta secuencia se repite varias veces a lo largo de la noche lo que hace que la persona no duerma bien y presente una serie de síntomas:

- ✓ Excesiva somnolencia diurna: se duerme trabajando, leyendo, viendo la televisión...
- ✓ Disfunción sexual.
- ✓ Irritabilidad, alteración del estado de ánimo ó de la personalidad.
- ✓ Problemas de memoria.
- ✓ Dolor de cabeza.
- ✓ Resequedad de la boca ó de la garganta al despertar.

Todos estos síntomas pueden llevar a depresión, hinchazón de piernas, hiperactividad (sobre todo en los niños).(12)

Gispert y Sampol 2008 aconsejan tener en cuenta las entidades diferentes al SAHS que cursan con somnolencia como son:

Sueño insuficiente (Hábitos irregulares, Recuperación prolongando el sueño, vacaciones, fin de semana, Tiempo de sueño en días festivos superior en dos horas a los días laborales).

Narcolepsia (Accesos de sueño irresistibles, Episodios de pérdida del tono muscular con las emociones (cataplejia), parálisis de sueño, alucinaciones al inicio y final del sueño.

Movimientos periódicos de las piernas Movimientos de piernas durante el sueño, Frecuentemente asociado a la necesidad de mover las piernas en vigilia durante el reposo y al intentar conciliar el sueño “piernas inquietas”

Depresión Síntomas depresivos (frecuentes también en el SAHS)

Trastornos del ritmo circadiano Imposibilidad de adecuar los horarios de sueño con los hábitos sociales y profesionales.

Traumatismo craneal

Fármacos

Dolor crónico que dificulta el sueño

Hipersomnia idiopática Sueño nocturno prolongado y no reparador. Períodos de sueño prolongados durante el día. (1)

Estos autores agrupan los síntomas en dos vertientes, Síntomas Nocturnos y Síntomas Diurnos.

Los primeros, Síntomas nocturnos son:

1.**Ronquidos**: intensos, frecuentemente con pausas intercaladas correspondientes a los episodios de apnea.

2.**Apneas**: observadas por la pareja.

3.**Sueño inquieto** con sudoración profusa. Algunos pacientes refieren insomnio.

4.**Despertares bruscos** con sensación de asfixia.

5.**Despertar matinal** con sensación de sueño poco reparador.

6.**Nicturia**

7.**Reflujo** gastroesofágico.

Los Síntomas Diurnos:

1.**Somnolencia excesiva**: se cuantifica con la escala autoadministrado de Epworth.

2.**Cefalea matutina**.

3.**Deterioro cognitivo**, pérdida de **memoria** y de la capacidad de **concentración**.

4.**Síntomas depresivos, irritabilidad**.

e. Diagnostico

Siempre que sea posible, realizar una anamnesis con la colaboración de la pareja del paciente. Recoger hábitos de sueño (horario, siesta, comportamiento en los días festivos) y presencia de síntomas sugestivos de otras entidades que cursa con somnolencia, nombrados con anterioridad.(1)

La escala utilizada para medir la somnolencia la recomiendan varios autores *Gispert y Sampol 2008*, y de nuevo *Sampol con Lloberes 2008* es la “Escala de somnolencia de Epworth” en la cual se atribuye a cada situación una puntuación según las posibilidades de adormilarse, nunca=0, pocas posibilidades=1, posibilidad moderada=2, grandes posibilidades=3. La suma total de los ítems mayor a 10 se considera demostrativa de somnolencia excesiva. (1) (13)

Los ítems son:

Sentado leyendo

Mirando la televisión

Sentado, inactivo, en un lugar público

Como pasajero en un coche una hora seguida

Descansando echado por la tarde cuando las circunstancias lo permiten

Sentado, inactivo, en un lugar público

Como pasajero en un coche por la tarde cuando las circunstancias lo permiten

Sentado charlando con alguien

Sentado tranquilamente después de una comida sin bebidas alcohólicas

En coche, al pararse unos minutos en el tráfico

La **exploración física** puede poner de manifiesto algún factor predisponente o complicación. Se recoge talla, peso, índice de masa corporal (IMC). Valoración de la vía aérea superior: orofaringoscopia (hipertrofia velopalatina, amígdalas, lengua),

presencia de retro o micrognatia, presencia de obstrucción nasal; tensión arterial, perímetro del cuello.

Radiología con una radiografía de tórax si existe sospecha de enfermedad respiratoria y cardíaca. Especialmente el EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) ya que el SAHS incrementa el riesgo de cor pulmonale e hipercapnia.

PFR (Pruebas Funcionales Respiratorias) cómo espirometría si existe sospecha de enfermedad respiratoria, tabaquismo u obesidad mórbida.

Extracción de una **Analítica** hemograma y bioquímica básica con glucemia y perfil lipídico. Hormonas tiroideas (T3,T4,TSH,GH) si existe sospecha de enfermedad tiroidea.

Este conjunto de pruebas mencionadas con anterioridad son llamadas por algunos autores como *Engleman*, “Exploraciones en Vigilia”. (13)

Según nos explica *Sánchez Armengol 2006* hasta hace relativamente poco tiempo, la única técnica reconocida como válida y tomada como referencia en el diagnóstico del SAHS era la Polisomnografía convencional, pero la elevada prevalencia de este síndrome y la escasez de recursos disponibles en los hospitales de nuestro medio han generado unas listas de espera inasumibles en muchos casos, así como un nivel de infradiagnóstico preocupante, ya que de los dos millones de personas que se estima que padecen un SAHS en nuestro país, la mayoría están aun sin diagnosticar. Por todo ello en los últimos años se ha producido un desarrollo importante de técnicas más sencillas, que pueden servir como alternativa diagnóstica a la polisomnografía convencional.(3)

Las principales técnicas empleadas en el estudio del SAHS, la polisomnografía convencional y la poligrafía respiratoria, y el papel que tiene la oximetría.

La **Polisomnografía convencional** (PSG) nocturna, según nos explica *Sánchez Armengol*, constituye el procedimiento más completo en el estudio de los trastornos respiratorios sueño. Consiste en el registro simultáneo y continuo de las variables neurofisiológicas y cardiorrespiratorias durante el sueño, de forma vigilada por técnicos entrenados, en un Laboratorio de Sueño diseñado para ello, el cual debe contar con una serie de requisitos específicos. Una vez explicada al paciente la naturaleza de la prueba,

se produce a la colocación de los electrodos desechables, se prepara la piel del cuero cabelludo con una sustancia abrasiva y crema conductora y se aplica colodión para fijar los sensores en su punto correspondiente. Se suele utilizar el Sistema Internacional 10-20, basado en cuatro puntos fundamentales (nasion, inion y preauriculares derecho e izquierdo).(3)

El registro de los movimientos oculares (electrooculograma: EOG) se lleva a cabo colocando dos electrodos, a un centímetro por encima del ángulo externo de un ojo y a un centímetro por debajo del otro. Para reconocer el tono muscular (electromiograma: EMG) se colocan dos electrodos submentonianos, a ambos lados de la línea media y separados 2-3 centímetros uno de otro. Una vez colocados estos electrodos de superficie para el registro de las variables neurofisiológicas, se produce a colocar las bandas torácicas y abdominales, para obtener las curvas de los movimientos respiratorios.(3)

Aunque el procedimiento de referencia para cuantificar el esfuerzo respiratorio sería la medida de la presión esofágica mediante un catéter, lo invasivo de esta técnica hace que habitualmente no se emplee en la práctica. Se han desarrollado otros métodos cuantitativos alternativos, como las bandas, que pueden emplear cristales piezoeléctricos o bien basarse en la pletismografía de inductancia, que consiste en que el alargamiento de la banda con los movimientos respiratorios genera un cambio en su comportamiento eléctrico, lo que a su vez, condiciona la forma de la curva registrada. El registro de los movimientos toracoabdominales es importante, ya que ayuda a diferenciar si un evento respiratorio es de origen obstructivo o central y, además, con el sumatorio de estas bandas correctamente calibradas se puede estimar el volumen de aire movilizado. Con el paciente ya acostado, se procede a colocar los sensores para medir el flujo oronasal, con el objetivo de detectar las apneas e hipopneas características del SAHS. Estos dispositivos son los neumotacógrafos y las sondas de presión aplicadas a la nariz, que estiman de forma cuantitativa el flujo aéreo mediante una cánula conectada a un transductor de presión.(3)

Otro de los parámetros a medir es la saturación de oxígeno se mide mediante la oximetría percutánea, que se basa en las variaciones de color que experimenta la sangre según la saturación de la oxihemoglobina. La célula fotoeléctrica del oxímetro, que suele colocarse en el dedo índice, mide continuamente la absorbencia luminosa del

tejido vascular a dos longitudes de onda. El patrón típico del trazado oximétrico en el SAHS se caracteriza por desaturaciones repetidas con rápida recuperación de los niveles basales.(10)

A la polisomnografía convencional (PSG) se suele añadir un electrocardiograma para registrar los cambios del ritmo cardíacos asociados a las distintas fases de sueño y a los trastornos respiratorios del sueño. Durante las apneas suele producirse una bradicardia sinusal, mientras que al final de la misma suele haber un aumento de la frecuencia cardíaca. Hay otras series de variables que se pueden incluir como son: - sensor del ronquido, un micrófono que se coloca en la parte lateral del cuello, - el electromiograma tibial, detecta los movimientos de las piernas, importantes en otras entidades capaces de provocar hipersomnias diurnas, como el síndrome de movimientos periódicos de las piernas, - sensor de posición, con un dispositivo en las bandas de movimientos respiratorios e informa sobre la posición del paciente, la cual influye en el número de eventos respiratorios siendo más frecuente en posición supina, - registro de la presión arterial, ya que los cambios en la presión pleural debidos a los eventos respiratorios se traducen en cambios en la presión arterial periférica, - medida del tiempo del tránsito del pulso, desde la apertura de la válvula aórtica hasta la periferia, que se mide combinando el electrocardiograma con fotoplestímetrografía en un dedo de la mano, el tiempo de tránsito del pulso se alarga cuando se produce un incremento en el esfuerzo respiratorio y se acorta con los arousals autonómicos.(10)

Aunque la polisomnografía sigue siendo la prueba de referencia en el diagnóstico de los Trastornos Respiratorios de Sueño, se trata de un método costoso, laborioso y que requiere de una infraestructura específica y un personal entrenado. Además, algunos autores defienden que los parámetros neurofisiológicos no son imprescindibles para el diagnóstico del Síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño (SAHS).(10)

La elevada prevalencia de los Trastornos Respiratorios del Sueño y el inadecuado nivel de los recursos diagnósticos de nuestro medio han originado que los métodos diagnósticos más sencillos tengan cada vez más protagonismo en la práctica clínica, como la poligrafía respiratoria, avalada como técnica diagnóstica por las normativas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la American Sleep Disorders Asociación (ASDA). Esta es una alternativa válida para el diagnóstico

del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) tienen un menor coste y están aceptadas para disminuir las listas de espera y la presión asistencia que pesa sobre las unidades de sueño, ofreciendo información suficiente para establecer el diagnóstico en muchos casos. (3)

Los registros pueden llevarse a cabo en una sala de hospital o en el domicilio del paciente, en este último favoreciendo que el sueño sea más fisiológico, evitando el llamado “efecto de primera noche” que sucede cuando el paciente duerme en el laboratorio de sueño, pero puede suponer un mayor número de estudios técnicamente no válidos, ya que el registro no está vigilado por un técnico. Parece que los estudios domiciliarios, no vigilados, pueden ser más económicos que los convencionales en el laboratorio de sueño, dato importante a tener en cuenta dado el problema socio sanitario que supone el SAHS actualmente.(3)

Sánchez Armengol 2006 continúa dándonos los parámetros habitualmente empleados en el análisis son:

-*Apnea obstructiva*: ausencia o reducción $>90\%$ del flujo oronasal durante >10 segundos de duración, con movimientos respiratorios detectados por las bandas toracoabdominales.

- *Tiempo total de registro*: duración total del registro, expresado en minutos.

-*Tiempo total del sueño*: duración del sueño registrado mediante el electroencefalograma, expresado en minutos.

-*Eficacia de sueño (%)*: Tiempo total del sueño.

-*Índice de apneas-hipopneas*: número total de apneas e hipopneas / horas de sueño.

-*Saturación basal de oxígeno (SaO₂)*: niveles basales de la saturación arterial de oxígeno.

-*Índice de desaturaciones*: número de desaturaciones / hora de sueño.

-*CT90 (%)*: porcentaje del tiempo de registro con una SaO₂ $<90\%$.

-*SaO₂ mínima*: menor nivel de la saturación arterial de oxígeno obtenido en el registro.

Los eventos respiratorios registrados en la polisomnografía convencional:

-*Apnea Obstructiva*: Ausencia o reducción >90% del flujo oronasal durante >10 segundos de duración, con movimientos respiratorios detectados por las bandas toracoabdominales.

-*Apnea Central*: Ausencia o reducción >90% del flujo oronasal durante >10 segundos de duración, en ausencia de movimientos respiratorios detectados por las bandas toracoabdominales.

-*Apnea mixta*: Apnea que comienza siendo central y termina con un componente obstructivo.

-*Hipopnea*: Reducción discernible (>30% y <90%) del flujo oronasal durante >10 segundos que se acompaña de una desaturación (>3%) y/o un arousal en el electroencefalograma.

-*Esfuerzo respiratorio relacionado con los arousals (RERA)*: Período ≥ 10 segundos de incremento progresivo del esfuerzo respiratorio (medio por sonda esofágica, sonda de presión o sumatorio de las bandas toracoabdominales) que acaba en un arousal.

Sampol y Lloberes 2008 nos definen una poligrafía positiva en el estudio del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) si el número (índice) de apneas más hipopneas (IAH) por hora de sueño es superior a 10. Clasificándolos en:

-SAHS ligero: IAH entre 10 y 20.

-SAHS moderado: IAH entre 20 y 30.

-SAHS grave: IAH > 30.

f. Tratamiento

Tras hacer un diagnóstico para la detección del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) se pasa a elaborar un tratamiento adecuado.

Gispert y Sampol 2008 nos dan unas medidas generales útiles para todos los pacientes y suficientes en los casos leves o moderados sin somnolencia significativa ni cormobilidad cardiovascular.

1. Pérdida de Peso: Reducciones del 5-10% del peso puede asociarse a una marcada disminución del IAH, aunque este comportamiento peso-dependiente de las apneas e hipopneas no se cumple en todos los pacientes. En los casos de obesidad mórbida, la cirugía bariátrica conduce frecuentemente a la curación del SAHS.

2. Buena higiene del sueño: Dormir horas suficientes, en un ambiente adecuado.

3. Evitar el alcohol: especialmente después del mediodía, y la medicación sedante.

4. Dormir en decúbito lateral: Algunos pacientes sólo presentan apneas e hipopneas en decúbito supino, posición que agrava todos los casos de SAHS.

5. En caso de intervención quirúrgica, comunicar al anestesista la presencia de SAHS: Se puede realizar un manejo de la vía aérea superior y un uso de medicación sedante que minimice la aparición de complicaciones. Los pacientes en tratamiento con presión positiva continua en vía aérea superior (CPAP) nasal deben usarla en el peri operatorio.

6. Control periódico de la Tensión Arterial: Se ha probado que el SAHS, incluso leve, puede causar la aparición de hipertensión.

7. Evitar el tabaco: Favorece el ronquido y la aparición de SAHS.

8. En caso de somnolencia, evitar la conducción de vehículos y el uso de maquinaria peligrosa.

Lloberes también coincide con *Gilbert* y *Sampol* en este tipo de medidas generales.

EL tratamiento utilizado tras el diagnóstico positivo de Síndrome de Apnea-Hiponea del Sueño (SAHS) es la aplicación de una presión positiva en la vía aérea superior (CPAP) a través de una mascarilla nasal.(1)

Dicho tratamiento con CPAP forma parte de nuestro eje en el estudio de investigación, conocer y valorar si tiene efectividad además de en la rápida resolución de la somnolencia secundaria al SAHS como nos aseguran autores como *Sampol*, *Lloberes* o *Gispert* entre otros, en la Satisfacción sexual marital.

El objetivo es mantener las vías respiratorias abiertas de modo que la respiración no se detenga durante el sueño.

La máquina de CPAP consta de un ventilador, una mascarilla nasal, y circuito corrugado.



Máquina-ventilador CPAP. *Imagen 1*



Tubo corrugado. *Imagen 2*



Mascarilla nasal. *Imagen 3*

Este dispositivo usa la presión positiva de aire para empujar la lengua hacia adelante y abrir la garganta permitiendo así que el aire pase a través de la garganta. (La máquina libera una corriente constante de aire bajo presión ligera a través del tubo y la mascarilla (generalmente una mascarilla nasal) hacia las vías respiratorias superiores.

Hay una serie de recomendaciones descritas por *Sampol y Lloberes 2008* con el tratamiento de CPAP nasal y el nivel de gravedad del índice de apneas más hipopneas (IAH):

- En pacientes con IAH > 30: si se comprueban síntomas importantes secundarios al SAH, como somnolencia clínicamente valorable y limitante de las actividades o episodios repetitivos de “asfixia nocturna, y patología cardiovascular y/o cerebrovascular o insuficiencia respiratoria asociadas. El tratamiento consistirá en medidas generales y CPAP nasal. Si se consigue una reducción de peso, se valorará de nuevo al paciente.

- En pacientes con síntomas claros secundarios al SAHS y/o con factores de riesgo relevantes (enfermedad cardio o cerebrovascular o insuficiencia respiratoria) pero con IAH < 30, aparte de las medidas generales, la aplicación de CPAP se individualizará en cada caso, y se considerará provisional hasta que después de 3 meses se compruebe o no una resolución manifiesta de los síntomas.

-En pacientes con IAH < 30, sin clínica acusada o sin claros factores de riesgo, se aconsejan medidas generales y un control de la evolución.

-En sujetos con IAH > 30 y sin síntomas o sin factores de riesgo importantes. Aunque es una indicación controvertida, los estudios recientes muestran una mayor mortalidad en este grupo y por tanto orientan a la necesidad de tratarlos.

Muchas personas tienen problemas con sus dispositivos de CPAP, en especial al principio, pero no deben darse por vencidos ya que por lo general los problemas desaparecen cuando se acostumbra a usarlo. También es posible que sea útil encontrar un grupo de apoyo en su área que pueda hablar con otras personas que tienen su mismo problema.

El cumplimiento del tratamiento CPAP deberá ser superior a 3,5 horas cada noche.(1)

En la Asociación de Síndrome de Apnea-Hipopnea del sueño (SAHS) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC) esta indicada la CPAP nasal, a la que se podrá añadir O₂ si la gasometría del paciente lo aconseja. (1)

Un dispositivo de CPAP no cura la apnea del sueño. Sin embargo, cuando el dispositivo se usa de la manera correcta, los problemas del sueño deberían mejorar bastante.

Después de usar CPAP regularmente muchos pacientes informan lo siguiente (14):

- ✓ Sentirse más despierto y menos soñoliento durante el día.
- ✓ Mejor concentración y memoria: los resultados de numerosos estudios muestran que la CPAP mejora el funcionamiento cognoscitivo de los pacientes con SAOS y que se incrementa el número de dígitos recordados en una tarea de memoria a corto plazo. Esto puede deberse, entre otras razones, a una mejoría en el nivel de somnolencia diurna o bien a una mejoría significativa en los niveles de saturación de oxígeno SaO₂.
- ✓ Mejoramiento del sueño de los compañeros de cama de la persona.
- ✓ Mejoramiento en la productividad laboral.

- ✓ Menos ansiedad y depresión y mejor estado anímico.
- ✓ Patrones de sueño normales.
- ✓ Mejoramiento en los problemas cardiovasculares.
- ✓ Mejoría de la actividad sexual.

Sin embargo, estos dispositivos CPAP para la apnea del sueño no les funcionan a todos. En esos casos, hay otras alternativas para resolver la apnea del sueño, como la cirugía ó formas menos invasivas como bajar de peso, evitar los sedantes y el alcohol por la noche (Su consumo deprime la actividad de la musculatura dilatadora faríngea precipitando y/o agravando un SAHS existente debido a que este efecto favorece el desequilibrio entre las fuerzas dilatadoras y las constrictoras de la vías aéreas superiores), no dormir boca arriba, usar un dispositivo bucal o, dependiendo de la causa, se puede tratar alguna condición neurológica o cardiovascular que exista.(1)

Lo importante es no dejar de buscar ayuda y asesoramiento ya que al reducir la apnea del sueño también se disminuye el riesgo de disfunción sexual (y/o mejorando tu desempeño sexual) y los problemas para dormir y con ellos todos los riesgos de desarrollar otras enfermedades relacionadas con el cansancio y la falta de descanso.

g. Sexualidad

Según nos explica *Lucas y Cabello 2007* en “Introducción a la Sexología clínica” gracias al reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud del derecho a la salud sexual y la creciente disponibilidad de herramientas terapéuticas eficaces para algunos de los trastornos sexuales más frecuentes y devastadores han llevado a que la presencia de esta materia viva vaya creciendo progresivamente dentro de la oferta académica de diversos planes de estudio de ciencias de la salud.(15)

Dentro del gran ámbito de las disfunciones sexuales, expondremos la disfunción eréctil como la disfunción más estudiada para el Síndrome de Apnea del sueño.

Hernández, Durán y Lloberes 2009 indican que la disfunción eréctil es una situación prevalente en pacientes con Síndrome de Apnea Hipopnea del Sueño (SAHS), y su frecuencia y gravedad parecen correlacionarse con la gravedad del SAHS. Se ha

sugerido que la hipoxia intermitente puede desempeñar un papel en esto.(16)

Soukhova-O'Hare et al 2008 estudian a un grupo de ratas a las que someten a HI de 5 a 24 semanas. Encontraron que tanto las erecciones espontaneas, como cualquier tipo de actividad sexual, disminuían significativamente respecto a los controles, sin que existiera cambio en los valores de testosterona. Además, existía una disminución de la expresión de la óxido nítrico sintetasa (NOS) que, según sugieren los autores, podrían mediar la disfunción eréctil producida por la hipoxia intermitente (17)

Carrillo, Arredondo, Zuñiga et al 2010 han expuesto los efectos beneficiosos de la terapia con CPAP en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), dentro de todos estos beneficios: mejoría de la calidad de vida tanto del paciente como del compañero de habitación, mejoría de la calidad del sueño del paciente y compañero de habitación, disminución de la mortalidad general, disminución de la presión arterial sistólica y diastólica, disminución de la presión sistólica de la arteria pulmonar, mejoría del control de arritmias cardíacas, incremento de la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo, disminución de la posibilidad de tener un accidente automovilístico, mejoría de la disfunción eréctil, disminución de la natriuresis, disminución de la resistencia a la insulina, mejor control glucémico y reducción de los niveles de lípidos sanguíneos, se encuentra la mejoría de la disfunción eréctil. (18)

Giner, Rovira, Julve et al 2012 en su estudio “Factores relacionados con la presencia de disfunción eréctil en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)” donde hay una muestra de 142 pacientes varones con una media de edad de 53 años concluyeron en la alta prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con SAOS. Siendo los factores influyentes en la presencia de Disfunción eréctil en pacientes con SAOS fundamentalmente la edad y la hipercolesterolemia. (19).

Descansar bien y dormir alrededor de siete horas diarias es indispensable para mantener una buena salud. *Rozman y Cardellach 2012* relacionan la falta de sueño con otras condiciones como el estrés, el rendimiento físico y mental, la diabetes, los problemas del corazón y hasta los niveles de testosterona.(20)

Asimismo, la apnea del sueño se relaciona con la impotencia sexual. La testosterona se produce durante la noche. Los niveles suben constantemente durante la noche y están en

su fase más alta en la mañana. (20)

Hay estudios en donde se demuestra que no sólo la disminución en la cantidad total de sueño puede reducir la testosterona del hombre sino que también la fase REM del sueño es importante para producir y liberar dicha hormona. Sabemos que la fase REM a menudo disminuye o está ausente en pacientes con apnea del sueño. Por lo tanto, parece que tanto la cantidad como la calidad del sueño son importantes para producir esa hormona.

Con la apnea del sueño, hay otra razón por la que podría existir la disfunción eréctil: los bajos niveles de oxígeno durante la noche que afectan de forma adversa al sistema vascular del corazón, de los pulmones, del cerebro y al pene.(16)

Obviamente no todos los casos de impotencia se deben a la apnea del sueño, pero sí es cierto que en bastantes casos dicha asociación existe, y que “la disfunción sexual se corrige cuando se trata el trastorno respiratorio de base”, afirma Masa, neumólogo, miembro del área de trabajo sobre Trastornos del Sueño de la *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)*.(7)

Aunque la apnea del sueño se suele dar con mayor frecuencia en hombres, especialmente si sufren de obesidad, éste y otro tipo de trastornos del sueño también pueden afectar a las mujeres provocando también en ellas disminución de la libido y falta de excitación sexual. Esto ocurre porque durante el sueño bajan los niveles de cortisol (hormona relacionada con el estrés), de forma que si no se duerme bien la acumulación de esta hormona afecta al bienestar de la mujer y, en consecuencia, a su apetito sexual.(20)

1.2. Estado de la Cuestión

Tras una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos se han podido encontrar diversos estudios que nos hablen del Síndrome de la Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS), a continuación se mostrarán algunos de ellos.

Según nos asegura *Sánchez Armengol 2006* hay varios estudios acerca del papel de la poligrafía respiratoria como método diagnóstico, siendo relevante el metanálisis

realizado sobre 25 dispositivos diferentes, que muestra una variable importante en el rendimiento diagnóstico, con una sensibilidad y una especificidad que oscila ampliamente según los equipos. Por ello cada modelo debe ser validado respecto a la polisomnografía convencional, para conocer qué niveles de sensibilidad y especificidad alcanzan para el diagnóstico de SAHS.(3)

Como bien nos comentan *Velasco-Rey, Gutierrez-López et al 2012* en su caso clínico “*Depresión psicótica inducida por un Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS): a propósito de un caso*”, son frecuentes los estudios que relacionan el SAOS con numerosas complicaciones, lo que hace que estos pacientes vean reducida significativamente su calidad de vida. Teniendo una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica, referida sobre todo a trastornos de ansiedad y depresión. Pero no encuentran en la literatura actual estudios que describan síntomas psicóticos graves inducidos por una apnea del sueño. En su caso la sintomatología psicótica y afectiva estuvo subordinada al trastorno del sueño, remitiendo completamente en cuanto la apnea se trató. La posible explicación que dieron refieren estar ligada a los trastornos de la privación del sueño.(21)

Los que sí han encontrado diferencias significativas en la somnolencia diurna han sido *Sánchez y Buela-Casal* en su estudio “*Assessment of daytime symptoms in snoring subjects and obstructive sleep apnea patients*” sus resultados obtenidos muestran que los pacientes con SAHS presentan mayores niveles de somnolencia diurna así como puntuaciones más elevadas en depresión en comparación con el grupo de roncadores crónicos. Con el resto de variables evaluadas *Sánchez y Buela-Casal* no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos de sujetos.(22)

Con algunas similitudes en cuanto a variables se diga, *Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal 2003* estudian la “*Evolución de la memoria a corto plazo en pacientes con apnea del sueño antes y después del tratamiento con CPAP*” encontraron que la CPAP mejora el funcionamiento cognoscitivo de los pacientes con SAOS y que se incrementa el número de dígitos recordados, en una tarea de memoria a corto plazo. Reconociendo así poder deberse a una mejoría en el nivel de somnolencia diurna o bien en la mejoría significativa en los niveles de saturación de oxígeno. Su tiempo estimado para evaluar “después del tratamiento” coincide con la nuestra de un mes tras el alta del tratamiento

CPAP.(14)

Sin embargo *Cota Gómez 2012* en “*Alteraciones cognitivas por SAHOS y sus cambios posteriores al tratamiento con CPAP*” no ha podido demostrar de manera concluyente que exista mejora en los trastornos neuropsicológicos que alteran las funciones cognitivas tras el tratamiento con CPAP, y que no pudo diseñar un estudio comparado con placebo, pero sí nos afirma que la mayor parte de los estudios realizados demuestran cierto grado de mejoría cómo lo demuestra el estudio anterior de *Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal*.(23)

Son *Eguía y Cascante 2007* los que con su artículo “*Síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Concepto, diagnóstico y tratamiento médico*” nos afirman la validez del diagnóstico mediante polisomnografía o poligrafía en el 75% de los casos.(24)

“*Obesidad y calidad de sueño: predictores de la depresión y la ansiedad en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño*” es un estudio realizado por *Guglielmi, Sánchez, Jurado-Gámez, Buela-Casal y Bardwell 2011* los cuales escogieron una muestra representativa de 100 personas, en las que 50 de ellos eran pacientes con SAHS diagnosticados a través de polisomnografía convencional y 50 sujetos sin síntomas de SAHS, obteniendo unos resultados que muestran el nivel elevado de depresión y ansiedad en los pacientes con SAHS respecto al grupo de personas sin síntomas. Dichos autores nos confirman la compleja relación existente entre obesidad, calidad de sueño y trastornos emocionales en pacientes con SAHS.(25)

Mientras que *Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal 2005* en “*Sueño y Calidad de vida*” No saben con certeza si las características del sueño (por ejemplo duración o calidad) afectan directa o primariamente a la salud y a la mortalidad o si por el contrario los cambios en el sueño son manifestaciones de enfermedad física o psicológica, nos afirman sin ninguna duda que el sueño es un excelente indicador del estado de salud general y el bienestar y calidad de vida de las personas. Un dato con el que estamos de acuerdo ya que el bienestar de las personas afecta directa o indirectamente en su satisfacción sexual marital.(26)

Es *Borrego Abello 1994* , quien con su artículo “*Síndrome de Apnea del Sueño (SAS)*”, nos describa la definición, fisiopatología, tipos de apnea, signos y síntomas, etiología,

evaluación y consecuencias, debido a la antigüedad de la edición del estudio, 1994, se utiliza para ampliación sobre las definiciones elegidas por Gisspert, Sampor y Lloberes para nuestro estudio, descritas anteriormente.(4)

Guerrero, Santamaría, de Pablo, Iranzo y Montserrat 2007 nos presentan un abordaje terapéutico para aquellos pacientes con somnolencia residual después de la CPAP, son un desafío a los especialistas del sueño. Recomiendan una evaluación y mejor tratamiento con un abordaje multidisciplinario. Este estudio “*Somnolencia residual en pacientes con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño tratados con CPAP evolución y tratamiento*” nos ayudará a comprender al grupo de pacientes: sujetos con IAH > 30 y sin síntomas o sin factores de riesgo importantes descrito anteriormente.(27)

Tras el analizar los estudios correspondientes al Síndrome de Apnea del Sueño (SAHS) haremos lo mismo con los estudios en referencia a la Satisfacción marital.

En el estudio de *Arias-Galicia 2003* “La Escala de Satisfacción Marital: Análisis de su confiabilidad y Validez en una Muestra de Supervisores Mexicanos” encontramos la escala de Roach, Browden y Fraizier 1981 utilizada en nuestro estudio.(2)

Fue *Nina Estrella 1985* quien realizó con esta escala un estudio con 100 parejas mexicanas y 100 parejas de Puerto Rico, donde encontró una relación significativa entre las puntuaciones de la Escala de Satisfacción Marital y las del inventario sobre auto divulgación; es decir, respecto a la comunicación verbal entre los cónyuges.(2)

Al no encontrar ningún estudio previo al nuestro que compare la Satisfacción marital con el Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño, expondremos los estudios con cierta relación con nuestro tema donde aparecen la disfunción eréctil en pacientes con SAHS.

Los que indican que la disfunción eréctil es una situación prevalente en pacientes con SAHS son *Hernandez, Durán, Lloberes et al 2009* en “*Novedades en la epidemiología, la historia natural el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño*” y se correlaciona con la frecuencia y gravedad.(16)

Es *Soukhova-O'Hare 2008* quien encuentra en su estudio “*Erectil disfunción in a murine model of sleep apnea*” con ayuda de un grupo de ratas, que las erecciones y

cualquier tipo de actividad sexual disminuyen a causa de la hipoxia intermitente.(18)

La mejora de la disfunción eréctil es uno de los efectos beneficiosos de la terapia CPAP expuestos por *Carrillo, Zuñiga et al 2010* en “*Síndrome de apnea obstructiva del sueño en población adulta*”.(18)

Fueron *Giner, Rovira, Julve et al 2012* quienes hablan de alta prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con síndrome de apnea obstructiva crónica (SAOS) gracias al estudio “Factores relacionados con la presencia de disfunción eréctil en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño” con una muestra de 142 varones.(19)

2. Objetivos

Los objetivos del estudio han sido divididos en dos grandes apartados, por un lado el Objetivo General al cual queremos dar respuesta y por otro lado los objetivos específicos los cuales serán analizados y estudiados:

- Objetivo General:

- Valorar la efectividad del tratamiento CPAP (presión positiva continua en vía aérea) en mejorar la satisfacción marital.

- Objetivos Específicos:

- Analizar si existe mejor satisfacción marital en hombres y en mujeres después del tratamiento CPAP durante un mes.

- Conocer si hay mejora en la satisfacción marital tras el tratamiento CPAP en las diferentes zonas del litoral almeriense.

- Valorar si a medida que aumenta la edad de los pacientes también se ve aumentada su satisfacción marital antes y después del tratamiento.

3. Metodología

Dentro del apartado metodología se expondrán todos los instrumentos y materiales utilizados para el estudio observación al descriptivo sobre Satisfacción Sexual Marital en personas con Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño.

La muestra elegida ha sido no probabilística de conveniencia ya que se ha cogido una muestra de la población con elementos específicos para entrar a forma parte de nuestra muestra de estudio. No se puede garantizar su representatividad por ser una muestra de conveniencia.

Para ellos, antes de pasar las encuestas se diseñaron los criterios de inclusión, los cuales deben ser cumplidos por los pacientes para poder formar parte de la muestra del estudio, y los criterios de exclusión para desechar toda aquella población que no puede llegar a formar parte de la muestra del estudio.

-Criterios de Inclusión:

- Mayores de edad.
- Personas con pareja, con experiencia en convivencia menor a un año.
- Pacientes con Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS).
- Pacientes con alta en el tratamiento con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) bajo prescripción médica.
- Usuarios pertenecientes al Hospital de Poniente y Hospital Chare Toyo.
- Citados en consulta de Neumología dentro del rango estipulado de entrega para la encuesta.

-Criterios de Exclusión:

- Menores de edad.
- Solteros, divorciados sin pareja y viudos.

- Pacientes con tratamiento presión positiva continua en vía aérea (CPAP) antes de haber sido iniciado el período de pasar las encuestas.
- Extranjeros con dificultad para la comprensión del idioma.
- Personas con bajo nivel de comprensión en el contenido de las preguntas planteadas.
- Dificultad para leer las preguntas de forma individual y anónima.
- Edades muy avanzadas, entendiendo por muy avanzadas pacientes de más de 73 años, los cuales acuden a consulta mayoritariamente acompañados de un familiar.

La muestra fue conformada por 50 pacientes de los cuales 37 eran hombres y 13 mujeres. Hubiera sido muy deseable poder ampliar la muestra de sujetos, pero hay que considerar los permisos oportunos que han tenido que ser pedidos a dichos Hospitales, tanto en la zona de poniente al Hospital de Poniente y a la zona de levante al Hospital Chare-Toyo y Empresa contratada por concurso en dichos Hospitales la cual se encarga de proporcionar el tratamiento con presión positiva continua en vías aéreas (CPAP) y seguimiento de dicho tratamiento en Consulta de Neumología.

El instrumento utilizado para la realización del estudio ha sido la “Escala de Satisfacción Marital” de Roach, Browden y Fraizier en 1981, la cual fue diseñada para medir la percepción de las personas respecto a su propio matrimonio en relación a un continuo. La escala ha sido utilizada en diferentes estudios de estos autores en los Estados Unidos, los cuales han ratificado los requisitos psicométricos necesarios de confiabilidad y validez para este instrumento.

La versión utilizada en castellano es la de Nina Estrella en 1985, cuya investigación fue realizada con la colaboración de 100 parejas mexicanas y 100 parejas de Puerto Rico. Dividió la Escala de Satisfacción Marital en dos: Satisfacción e Insatisfacción y encontró una confiabilidad (alfa) de 0.94 y 0.90 respectivamente. Para cerciorarse de la fiabilidad de la versión al español, solicitó a una persona con lengua nativa de inglés, la re-traducción de la versión española a su lengua materna, sin que ésta viera el material original. Éste es el método usual para poder confirmar la equivalencia de una nueva versión, la cual también fue utilizada por Arias-Galicia en “La Escala de Satisfacción

Marital: Análisis de su Confiabilidad y Validez en una Muestra de supervisores Mexicanos”.

En lo que concierne a la confiabilidad de la Escala Satisfacción Marital en la investigación realizada con mujeres mexicanas de Arias-Galicia, obtuvo un índice de confiabilidad (alpha) del 0.91.

El método utilizado para estimar la confiabilidad en el estudio, ha sido el alfa de Cronbach de Magnusson en 1969.

El constructor de interés utilizado en la Escala de Satisfacción Marital escogida como escala para nuestro estudio de Satisfacción Sexual Marital en pacientes con Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño ha sido la Satisfacción Marital.

Algunas de las ventajas que se destacan en la utilización de la Escala de Satisfacción Marital es el hecho de cuantificar un solo factor y evitar, en la medida de lo posible, respuestas de deseabilidad social o convencionalismos.

Dicha escala está compuesta por 48 reactivos tipo Likert en los cuales la persona, en este caso paciente con Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS), escoge una opción por reactivo. Dichas opciones van comprendidas en cinco respuestas, siendo 1 Totalmente de acuerdo, 2 de Acuerdo, 3 Indeciso, 4 en Desacuerdo y 5 Totalmente Desacuerdo. De los 48 ítems 26 de ellos van en sentido inverso, OR lo cual deben recodificarse para obtener la puntuación total. A mayor puntuación, mayor Satisfacción Marital.

Además de estos 48 ítems han sido diseñados 2 nuevos, uno de ellos aparece en todas las encuestas tanto antes como después del tratamiento de presión positiva continua en vía aérea (PAP) para medir la satisfacción sexual marital de forma global , y un segundo ítems que aparece solamente en las escalas después del tratamiento, dónde se mide la mejora de la satisfacción sexual marital desde que ha comenzado el tratamiento. Ambos ítems tienen la misma opción de respuesta con cinco posibles cada una de ellas, siendo 1 Nada satisfecho, 2 Poco satisfecho, 3 Igual, 4 Satisfecho y 5 Muy satisfecho.

La escala fue explicada y entregada a los pacientes que cumplían todos los criterios de inclusión, dentro de la consulta de Neumología con carácter confidencial y anónimo, en

cuyo encabezado se puede leer:

“A continuación se le va a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su satisfacción sexual marital, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus sensaciones acerca de este tema. La información que proporciona tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial y anónimo.”

La información obtenida a través de las encuestas fue durante los horarios de Consulta Neumología del Hospital de Poniente y del Hospital Chare-Toyo, siendo el Horario del Hospital de la Zona de Poniente de lunes a jueves de 15:00 a 21:00 horas y en la Zona de Levante con el Hospital Chare-Toyo los viernes de 09:00 a 15:00 horas, dentro del periodo establecido entre mediados de Mayo, finales de Agosto.

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, en la versión 15.0 para Windows.

Otro programa de análisis utilizado para dicho estudio ha sido el *Microsoft Office Excel versión 2010*, donde se calculó la puntuación total de cada Escala de Satisfacción Marital independientemente de ser antes o después del tratamiento, teniendo en cuenta los 26 ítems los cuales tenían que ser calculados a la inversa del resto.

4. Resultados

Antes de iniciar el análisis estadístico se ha comprobado que los datos no tienen errores, comprobando y analizando cada variable por separado para detectar si hay valores erróneos, para comenzar a preparar el análisis planteado.

Una vez hecho el análisis de los datos recogidos a través de la Escala de Satisfacción Sexual Marital en pacientes con Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño, se expondrán los resultados y comparaciones obtenidos dentro de dos apartados, por un lado Análisis Univariante y por otro lado Análisis Bivariante.

• Análisis Univariante:

La muestra la componen 50 pacientes con Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño, donde 37 era hombres y 13 mujeres. El número de pacientes dentro del programa SPSS aparece duplicado ya que las encuestas del estudio de la Escala de

Satisfacción Sexual Marital la han realizado dos veces cada paciente, una vez antes del tratamiento con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y después de tener el tratamiento CPAP durante un mes.

El motivo por el cual aparecen más número de hombres que de mujeres ha sido en función del número de pacientes citados previamente en consulta por el facultativo especialista, Neumólogo, el cual le ha dado el alta del tratamiento de presión positiva continua en vía aérea (CPAP) bajo prescripción y derivados a la consulta dónde se les ha entregado el tratamiento y han realizado la Escala de Satisfacción Sexual Marital.

Tabla 1: Sexo paciente

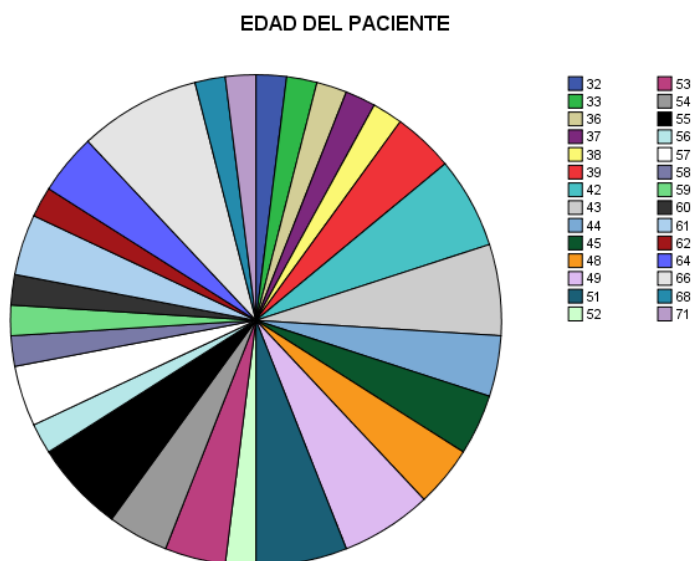
SEXO PACIENTE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	74	74,0	74,0	74,0
	MUJER	26	26,0	26,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Tabla 2: Encuesta pasada.

ENCUESTA PASADA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ANTES DEL TRATAMIENTO	50	50,0	50,0	50,0
	DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	50	50,0	50,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

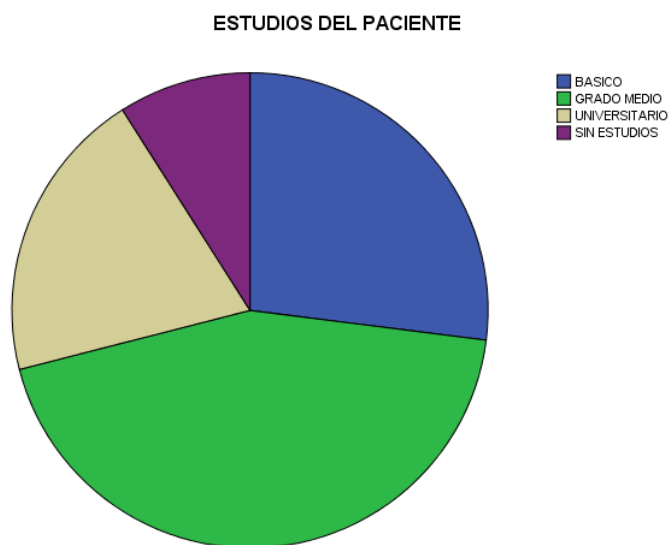
La mayoría de las edades de los pacientes con SAHS de la muestra son las comprendidas entre los 42-55 años, no siendo demasiado representativa ya que las diferentes edades van comprendidas entre los 32 años y los 71 años de edad.

Gráfico 1



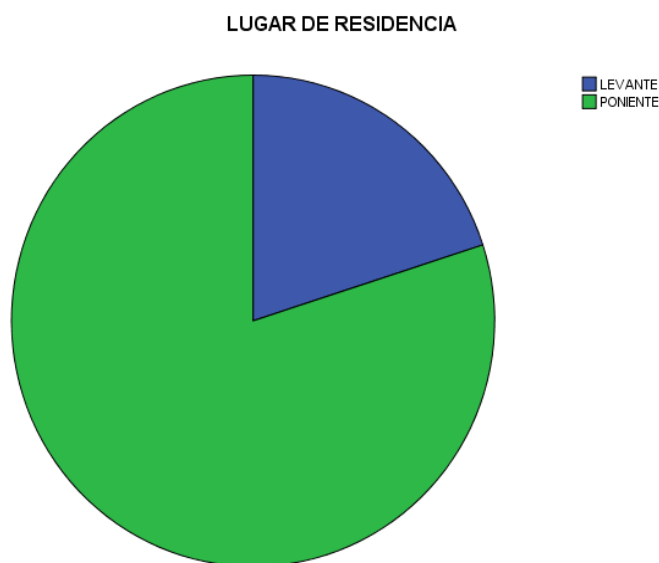
La variable Estudios, comprende los estudios académicos obtenidos por el paciente siendo Grado Medio el obtenido por la mayoría de ellos, 22 en una totalidad de 50 de ellos, siendo un 44% de la población encuestada. Le siguen estudios básicos con 27% de los casos, universitarios 20% y pacientes sin estudios 9%.

Gráfico 2



El lugar de residencia era un criterio de inclusión que debían regir los pacientes para entrar a formar parte de la muestra, las zonas mencionadas anteriormente eran las de Levante con consulta en Hospital Chare-Toyo y Poniente con consulta en Hospital Poniente. La clara mayoría de los encuestados pertenecen a la zona de poniente siendo la diferencia de 40 encuestado en la zona de Poniente y 10 en la zona de Levante, el principal motivo el cual justifica esta cantidad desigual es debido al horario de consultas disponibles en el calendario laboral, siendo en el Hospital de Poniente de 4 días semanales, con 6 horas cada día con un total de 24 horas semanales, y en hospital Chare-Toyo un día laboral a la semana, viernes con 6 horas laborales.

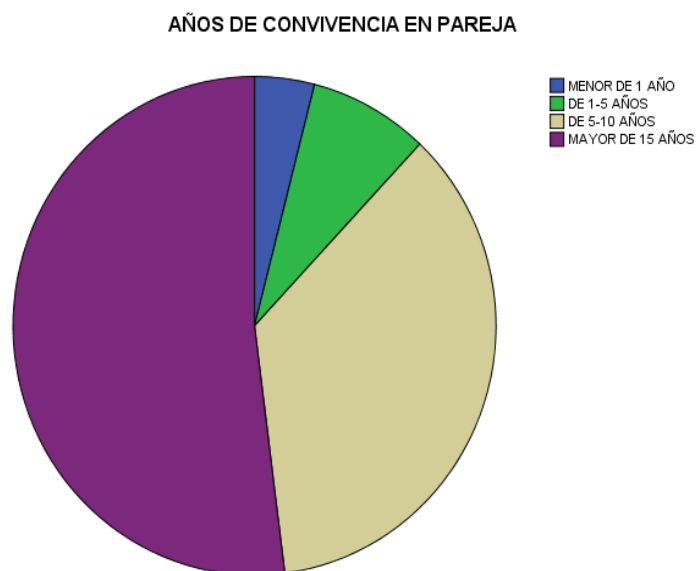
Gráfico 3



Se utilizó un ítem para medir los años de convivencia en pareja. Para su medición se evaluó menor de un año de convivencia, de 1-5 años, de 5-10 años y mayor de 15 años, obteniéndose un número de 26 personas encuestadas, más de la mitad de la población muestral con un período de convivencia mayor a los 15 años, seguido de cerca por 18 de los encuestados en el rango de 5 y 10 años. Encontrándose así relación entre la mayoría de las edades de los pacientes comprendidas entre los 42 y 55 años de edad con la convivencia en pareja con cifras altas entre los ítems

propuestos. Convivencia entre 1-5 años son 4 de nuestros encuestados y solamente 2 de ellos llevan menos de un año viviendo en pareja.

Gráfico 4



Un 50% de los encuestados han sido diagnosticados de Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) mientras que el otro 50% no ha sido aun diagnosticado a través de la prueba de poligrafía respiratoria, por este síndrome.

Gráfico 5

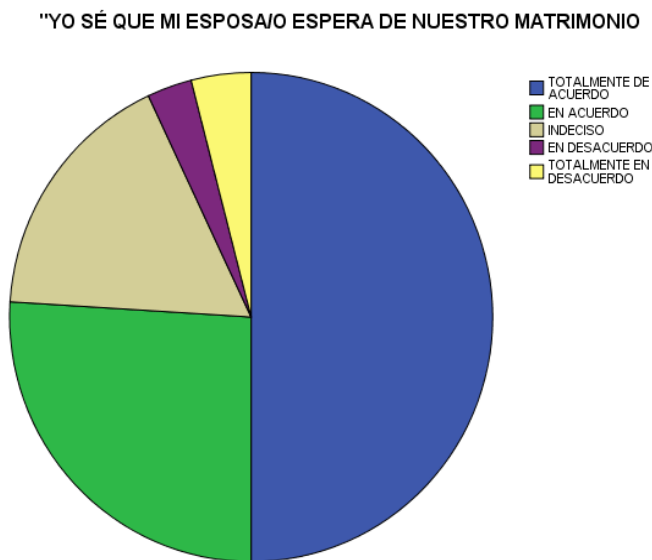


Explicada la muestra con lo que respecta a los ítems de edad, sexo, estudios del paciente, lugar de residencia y años de convivencia en pareja en los siguientes análisis se hablará de una muestra de 100 sujetos siendo entendido y comprendido que la encuesta ha sido pasada a 50 sujetos dos veces, con intervalos comprendidos de un mes, antes de recibir el tratamiento CPAP y tras el mes de adaptación al tratamiento con CPAP.

Dicho esto, comenzamos a analizar las respuestas a las preguntas planteadas en la Escala de Satisfacción Marital contestadas por la muestra.

A la pregunta “Yo sé que mi esposa/o espera de nuestro matrimonio” el 50% de la muestra, la mitad de los sujetos encuestados ha contestado que está Totalmente de Acuerdo con la frase, por lo que nos hace pensar que hay una clara influencia en conocer a la pareja con lo que respecta al matrimonio y llevar más de 5 años de convivencia con ella. 26 de ellos En acuerdo, 17 Indeciso, 3 En desacuerdo y 4 Totalmente en desacuerdo.

Gráfico 6

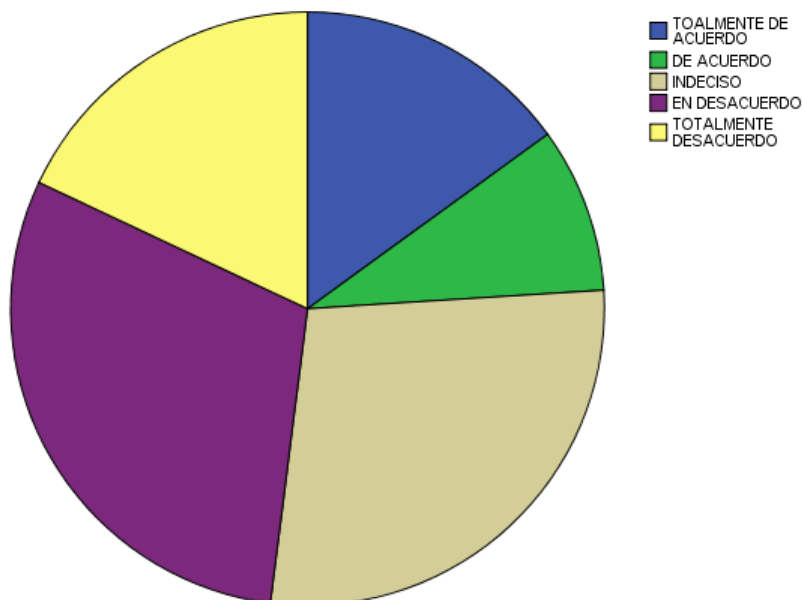


“Mi esposa/o podría hacerme la vida más fácil si quisiera” evalúan con un 4 esta afirmación, estar En Desacuerdo con la frase siendo el 30% de la muestra. Totalmente desacuerdo 18%, Indeciso 28%, de acuerdo 9% y Totalmente de

acuerdo 15%.

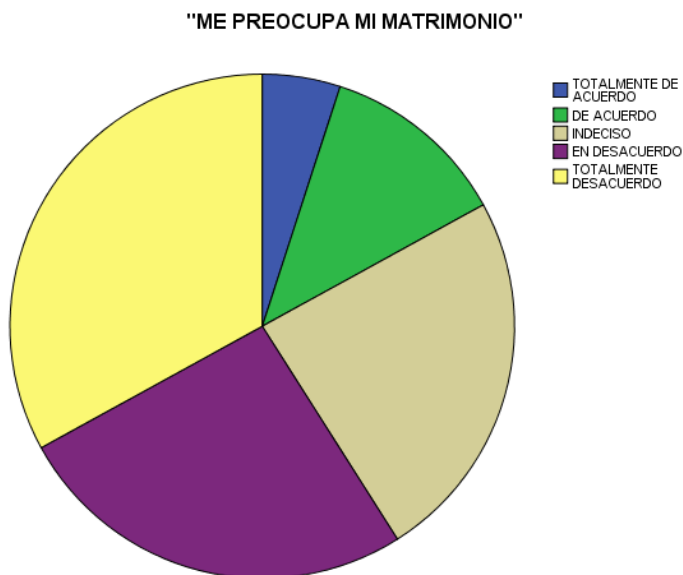
Gráfico 7

"MI ESPOSA/O PODRÍA HACERME LA VIDA MÁS FÁCIL SI QUISIERA"



Bajo el ítem PREOCUPA de la afirmación “Me preocupa mi matrimonio” el 59% de los encuestados contestan de forma negativa con, un 26% En Desacuerdo y un 33% Totalmente Desacuerdo. De forma positiva contestan Totalmente de acuerdo 5%, De acuerdo 12% e indeciso 24%.

Gráfico 8



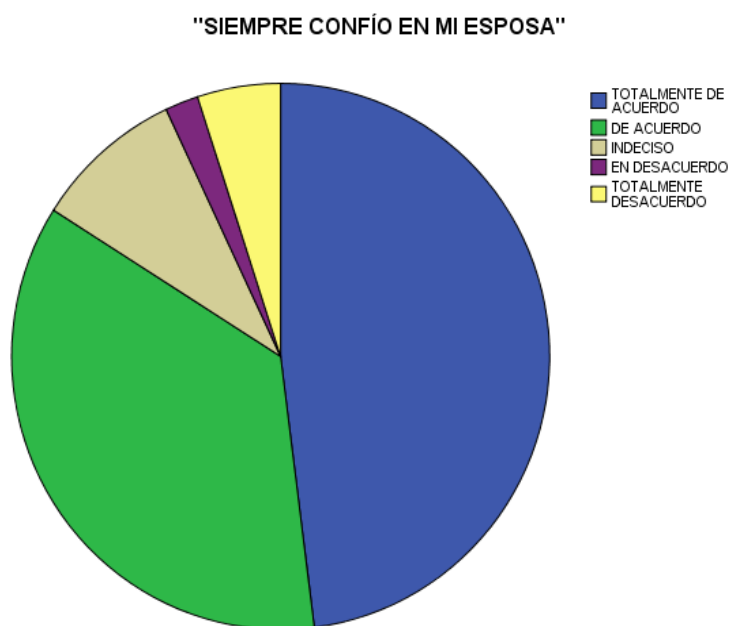
Siendo de contestación negativa parecida con un 74% del total, a la pregunta “Si pudiera volver a empezar me casaría con otra persona”, 38 de ellos están En Desacuerdo y 36 Totalmente Desacuerdo. De contestación positiva son totalmente de acuerdo 7%, de acuerdo 3%, 16% indeciso.

Gráfico 9



Con respecto a la confianza, en “Siempre confío en mi esposa/o”, un 48% de la población contesta de forma afirmativa Totalmente de acuerdo a su nivel de confianza con la persona que comparten su vida. De acuerdo 36%, indeciso 9%, de forma negativa en desacuerdo 2%, totalmente desacuerdo 5%.

Gráfico 10



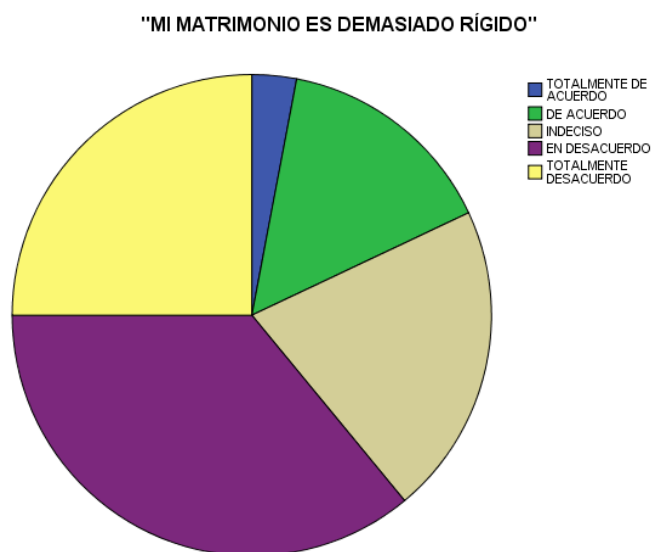
Al ítem VACÍA un 44% piensa que su vida estaría vacía sin su matrimonio, frente a un 9% que piensa que no estaría vacía su vida. Entre medias está un 26% de acuerdo, 15% indeciso y 6% En desacuerdo.

Gráfico 11



La rigidez del matrimonio es medida por la afirmación “Mi matrimonio es demasiado rígido” donde es curioso ver cómo el 21% de los encuestados está indeciso aun siendo la gran mayoría con un 61% los que piensan que están En Desacuerdo o Totalmente Desacuerdo con la frase, 36% en desacuerdo, 25% Totalmente de acuerdo. Totalmente de acuerdo 3% y de acuerdo 15%.

Gráfico 12



“Siento que mi matrimonio se ha estancado” un 48% casi la mitad de los pacientes están de acuerdo con la frase, un 22% Totalmente de Acuerdo y un 26% De Acuerdo. Aparecen también variedad en las respuestas con un 17% indecisos, 20% en desacuerdo y 15% totalmente desacuerdo.

Gráfico 13



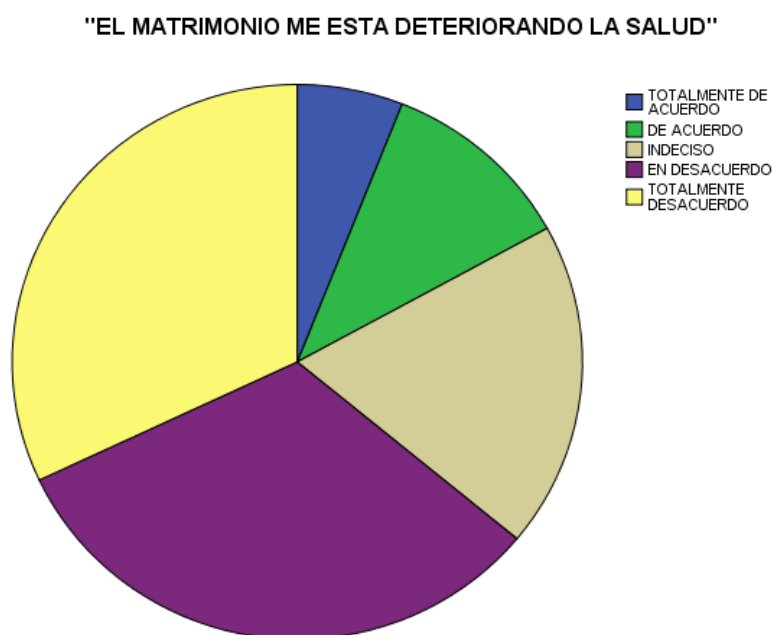
Llegando casi a la mitad de los pacientes encuestados, un 41% sabe que su esposa/o lo valora, 29% siguen estando de acuerdo con la frase y contestan de acuerdo, un 10% indecisos, 13% en desacuerdo y sólo 7% totalmente desacuerdo.

Gráfico 14



Un 64% contesta estar en desacuerdo en mayor o menor grado ante la afirmación “El matrimonio me esta deteriorando la salud” 32% en desacuerdo y 32% totalmente en desacuerdo. El resto de 36% está dividido entre los indecisos 19% y los que estan de acuerdo con la frase en mayor grado contestando totalmente de acuerdo 6% y en menor grado con de acuerdo 11%.

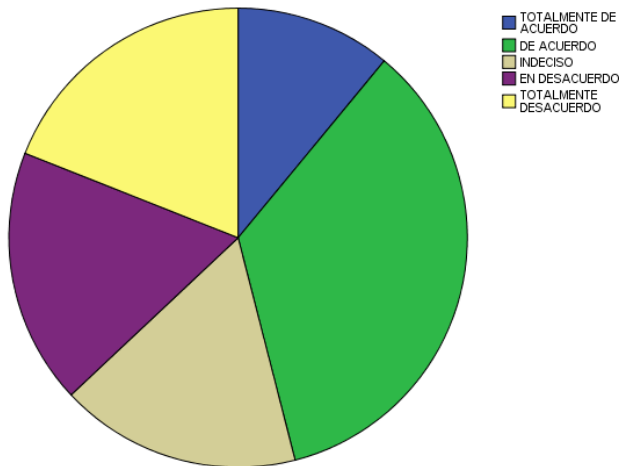
Gráfico 15



Ante la etiqueta donde el paciente se siente perturbado, molesto o irritable por cosas que le pasan en su matrimonio, todas las respuestas son muy similares en las diferentes contestaciones sobresaltando del resto el estar de acuerdo con un 35% de la muestra. 11% Totalmente de acuerdo, 17% indecisos, 18% en desacuerdo y 19% totalmente desacuerdo.

Gráfico 16

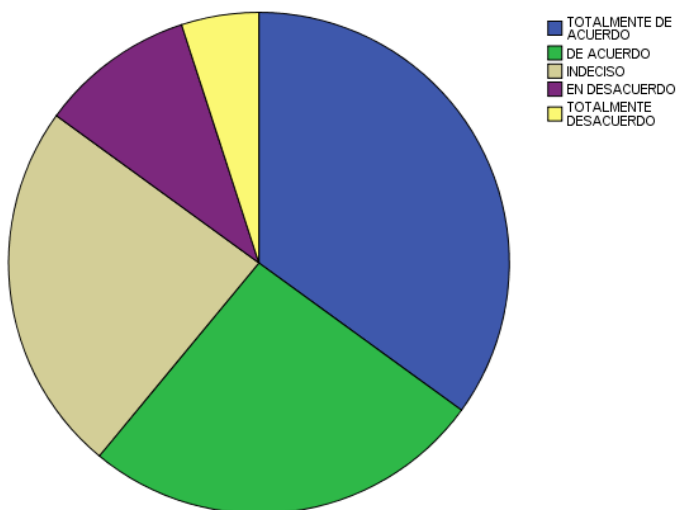
"ME SIENTO PERTURBADO/A, MOLESTO/A O IRRITABLE POR COSAS QUE ME PASÁN EN MI MATRIMONIO"



El sentirse capaz de sacar adelante su matrimonio es la pregunta número 12 de la escala dónde un poco más de la mitad de la muestra, 61%, contestan de forma positiva. 35% totalmente de acuerdo y 26% de acuerdo. Hay un 24% de indecisos con la frase, y un 15% que contestan de forma negativo, 5% totalmente en desacuerdo y 10% en desacuerdo.

Gráfico 17

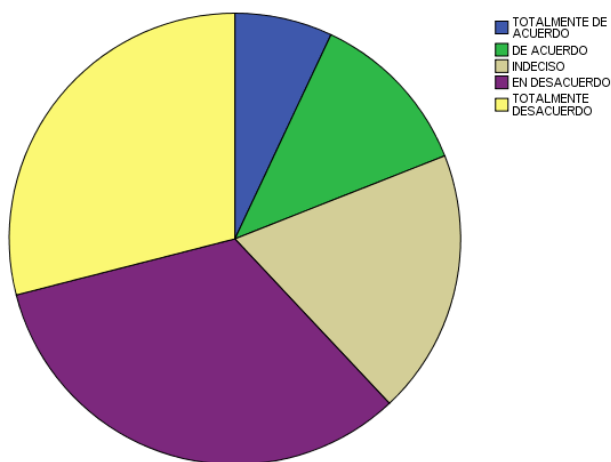
"TENGO LA CAPACIDAD PARA SACAR ADELANTE MI MATRIMONIO"



62% de los encuestados están en desacuerdo (33%) y totalmente en desacuerdo(29%) en no prolongar su matrimonio, frente al 19% que están de acuerdo en no prolongar su matrimonio para siempre, 7% para totalmente de acuerdo y 12% de acuerdo. Un 19% están indecisos.

Gráfico 18

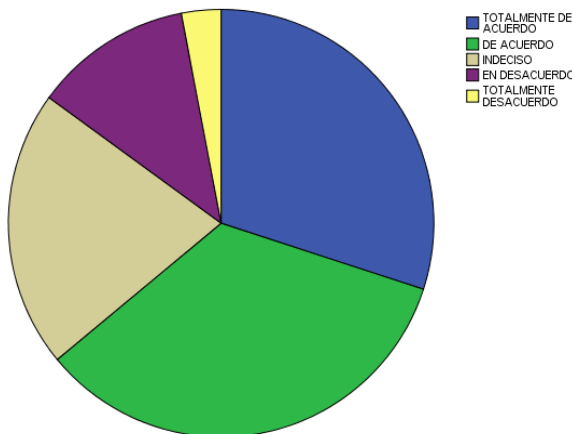
"NO ME GUSTARÍA PROLONGAR MI MATRIMONIO PARA SIEMPRE"



Creer en la satisfacción que le dará su matrimonio está de acuerdo un 64% de los encuestados. (30% totalmente de acuerdo, 34% de acuerdo), 21% indecisos, 12% en desacuerdo y 3% totalmente desacuerdo.

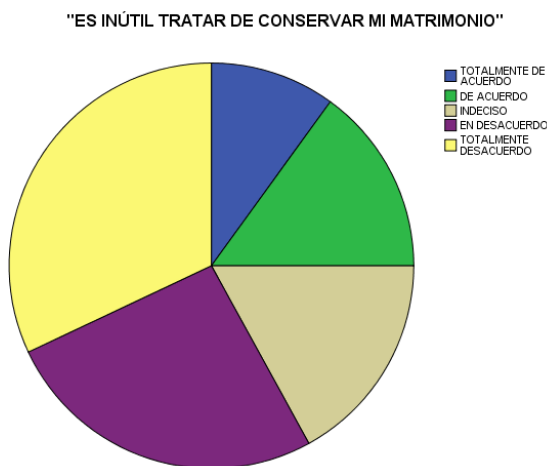
Gráfico 19

"CREO QUE MI MATRIMONIO ME DARÁ SATISFACCIÓN IENTRAS DURE"



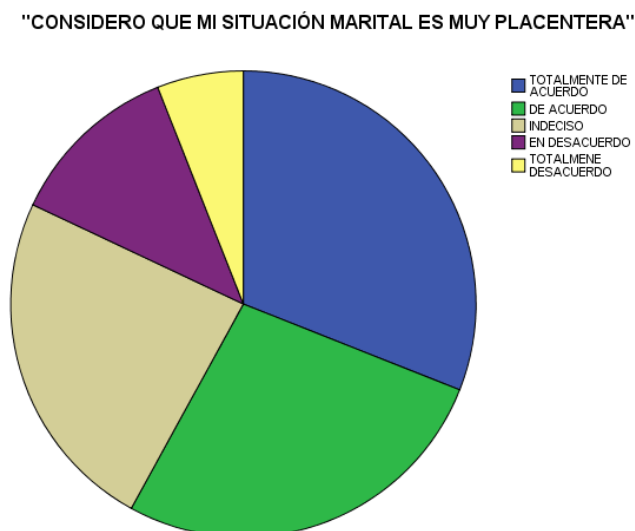
Un poco más de la mitad, 58% no esta de acuerdo con que es inútil conservar el matrimonio. Y un 25% esta de acuerdo con que sí lo es, 17% se mantiene en la indecisión de la pregunta.

Gráfico 20



La situación marital es placentera para 58 de ellos, 24 están indecisos y 18 creen que no lo es.

Gráfico 21

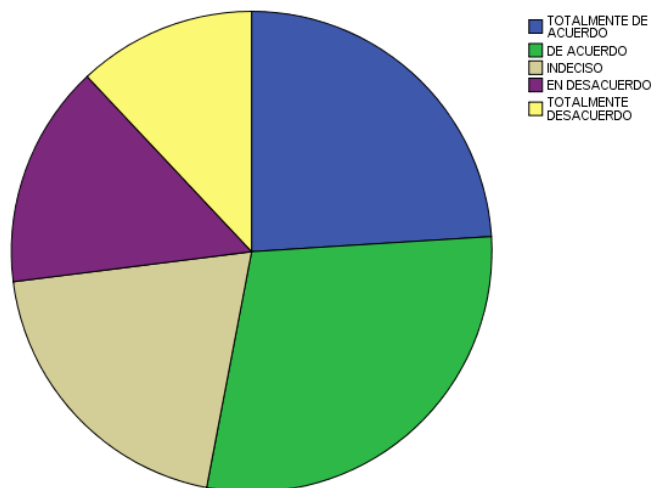


Respuestas similares se obtienen en “El matrimonio me ofrece mas satisfacciones que cualquier otra cosa que yo hago”, 53 están de acuerdo, 20 indecisos y 27 en

desacuerdo.

Gráfico 22

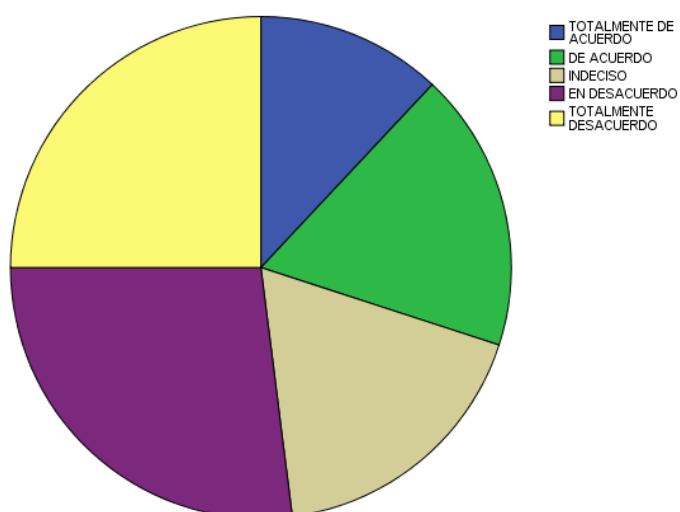
"EL MATRIMONIO ME OFRECE MAS SATISFACCIONES QUE CUALQUIER OTRA COSA QUE YO HAGO"



Vuelve a ser un poco más de la mayoría, 52%, los que no están de acuerdo en que su matrimonio se dificulta más con el paso del tiempo, un 30% de ellos piensan que sí se dificulta y 18% no se inclinan en la balanza y contestan indecisos.

Gráfico 23

"PIENSO QUE MI MATRIMONIO SE DIFICULTA MÁS CON EL PASO DEL TIEMPO"



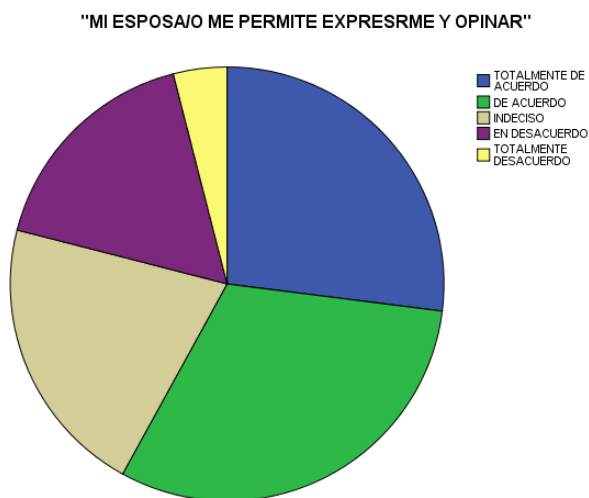
Es curioso analizar que para el 40% de la muestra su pareja le altera y le pone nervioso/a, destacando así un 32% que está indeciso. El otro 28% piensan que no.

Gráfico 24



De sorprender es las respuestas obtenidas ante la afirmación “Mi esposa/o me permite expresarme y opinar” dónde el 58% están de acuerdo con que es así, un 21% está indeciso con la frase y un 21% que están en desacuerdo, por lo que no se sienten con la libertad de expresar y opinar a día de hoy, en el Siglo XXI, con tanto hincapié puesto en la libertad de expresión, hacen pensar que siguen con el pensamiento antiguo aun teniendo estudios de grado medio casi la mitad de ellos.

Gráfico 25



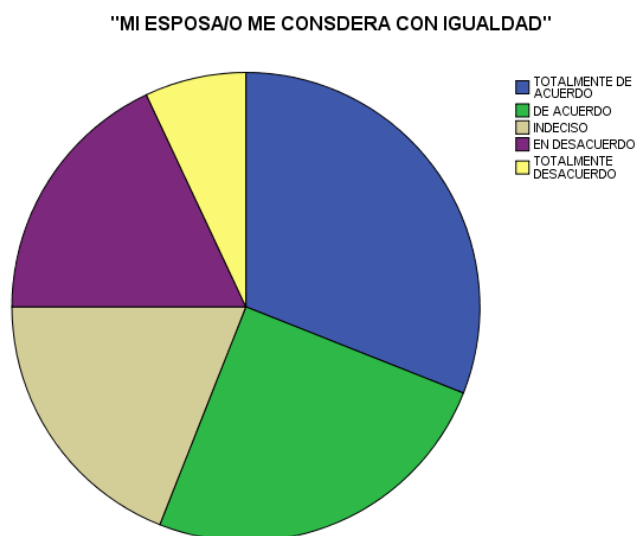
Pensar que su matrimonio ha sido un éxito esta en las respuestas de 54 de ellos, siendo 26 los que están indecisos con la pregunta y 20 indecisos al contestar.

Gráfico 26



Vuelven a sorprendernos las respuestas cuando lo analizado es la igualdad, donde 56% contestan sentirse que su esposa/o le considera igual, un 19% indeciso y un 25% no se siente así.

Gráfico 27

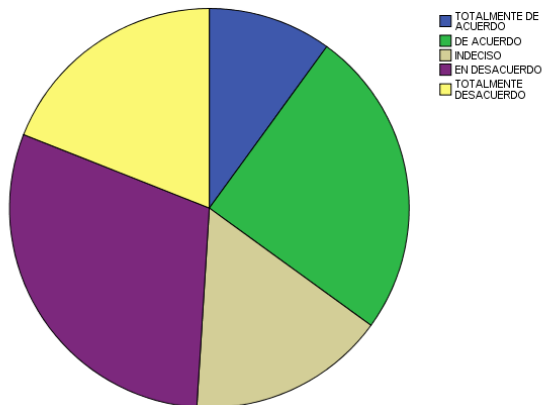


En la respuesta a “buscar cosas interesantes y de valor en la vida fuera del

matrimonio” existe confrontación en las respuestas un 25% piensa que está de acuerdo, frente a un 30% que está desacuerdo con la frase.

Gráfico 28

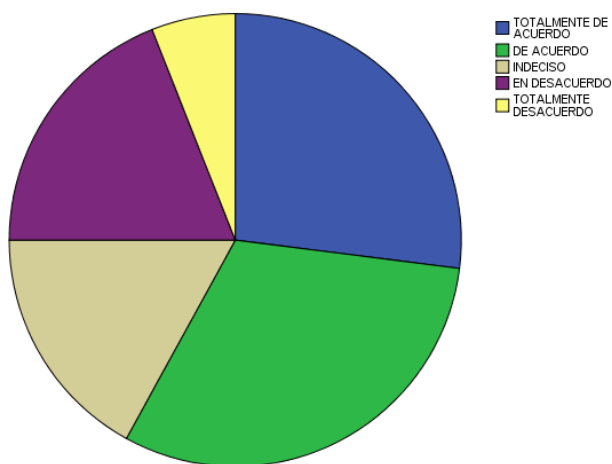
"DEBO BUSCAR LAS COSAS INTERESANTES Y DE VALOR EN LA VIDA FUERA DEL MATRIMONIO"



El aliento que le proporciona su pareja en realizar un mejor trabajo aparece en 58 de las encuestas. 25% en desacuerdo y totalmente en desacuerdo y 17% indecisos.

Gráfico 29

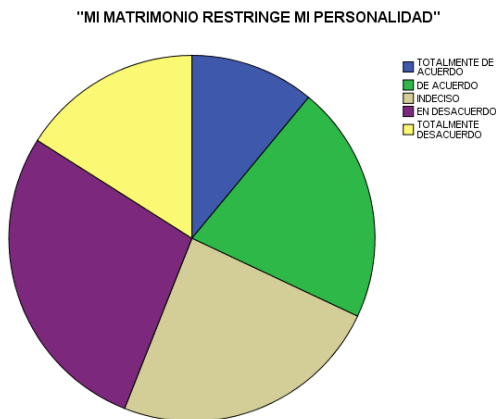
"MI ESPOSA/O ME ALIENTA PARA QUE HAGA UN MEJOR TRABAJO"



La confortación de las respuestas vuelve a aparecer cuanto a la restricción de la personalidad, 21% de acuerdo y 28% en desacuerdo, destacando un 24% que esta indeciso con la pregunta. Los extremos quedan un 11% Totalmente de acuerdo y 16%

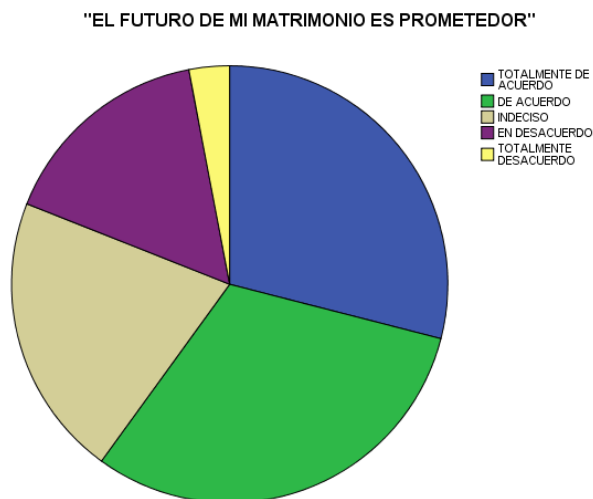
totalmente desacuerdo.

Gráfico 30



Las respuestas ante la afirmación “El futuro de mi matrimonio es prometedor” con 60% están de acuerdo, 21 indecisos y 19 en desacuerdo, se acercan e igualan a las respuestas de la frase anterior “Hasta la fecha mi matrimonio ha sido un éxito” analizado anteriormente.

Gráfico 31

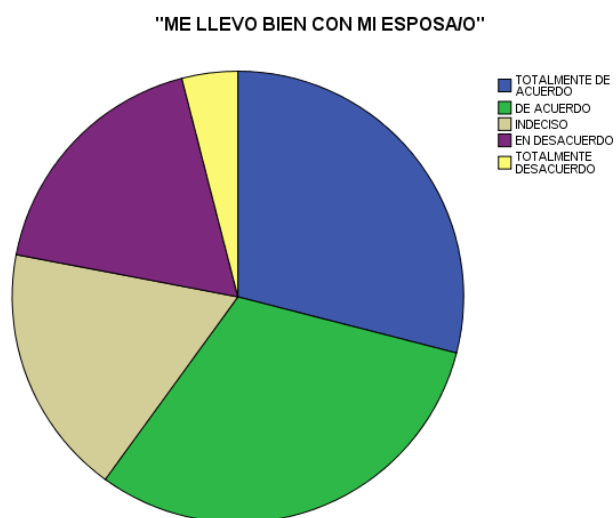


El interés por el esposa/o está presente en 67 de las encuestas, con una similitud en respuestas en llevarse bien con esposa/o. En el interés son 17 indecisos y 16 en desacuerdo y totalmente desacuerdo. Llevarse bien 18 indecisos y 22 desacuerdos.

Gráfico 32

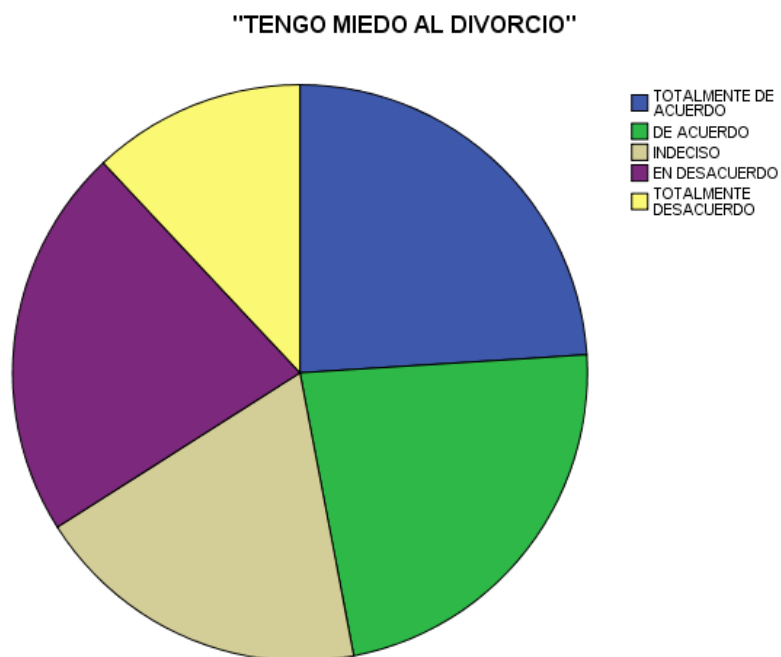


Gráfico 33



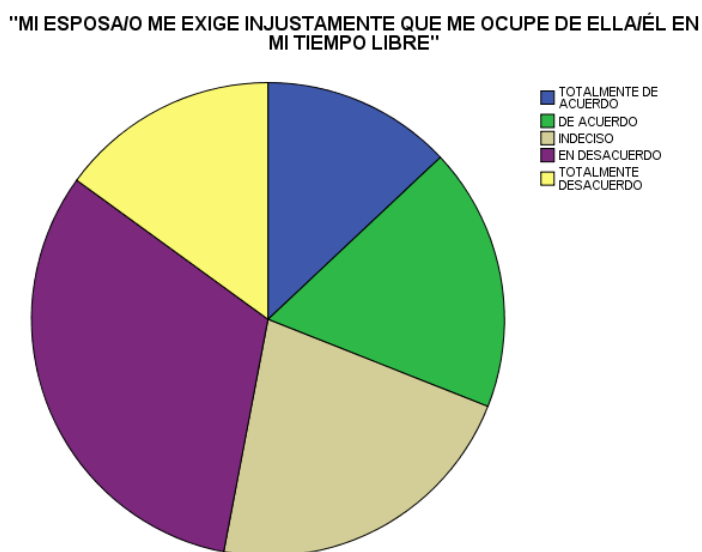
El miedo al divorcio no es un ítems que nos llame la atención por sus respuestas ya que un 47% comenta tener miedo ante un 34 que contesta no tenerlo. Existe un 19% de indecisos.

Gráfico 34



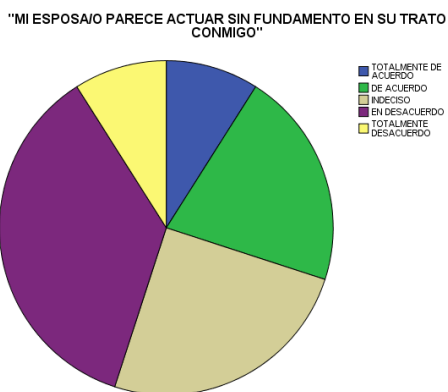
El ocuparse de la otra persona en su tiempo libre no aparece en 47 de las encuestas realizadas a los pacientes de Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS). 31% si esta de acuerdo con la frase y 22 indecisos.

Gráfico 35



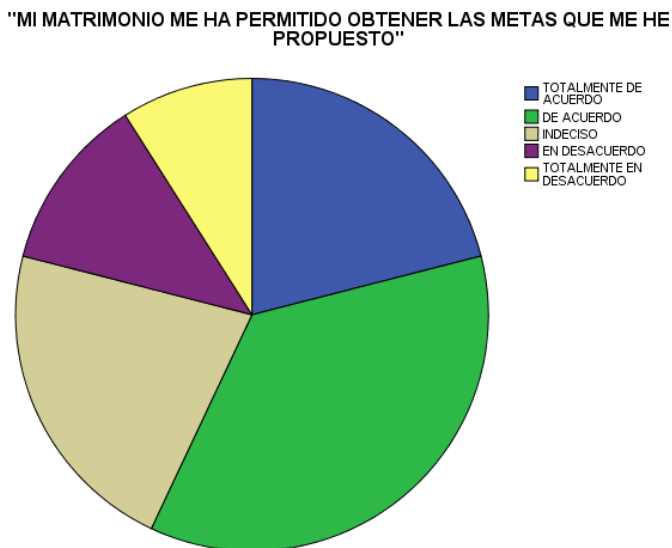
La respuesta ante “Mi esposa/o parece actuar sin fundamento en su trato conmigo” aparece coincidente en los extremos de la totalidad tanto en de acuerdo como en desacuerdo, en 18 de las encuestas, 9 en positivo y las otras 9 en negativo. Siendo de acuerdo 21%, en desacuerdo 36% e indecisos 25%.

Gráfico 36



Las metas propuestas por el paciente de SAHS han sido obtenidas en un 57% del total de encuestas. 21% refieren no haberlas obtenido y un 22% mantenerse indeciso.

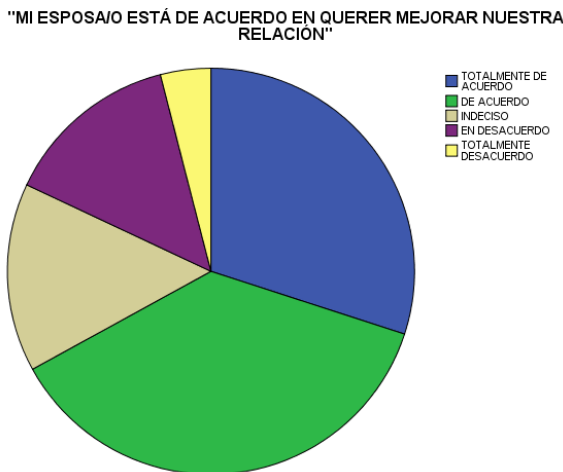
Gráfico 37



Estar de acuerdo en querer mejorar la relación es pensamiento de 67 de las

encuestas pasadas en la consulta de Neumología. 18% no esta de acuerdo y están indecisos 15 de ellos.

Gráfico 38



Un 66% se pone de acuerdo en los asuntos de diversiones, con respuestas similares, 64%, ante las demostraciones de afecto procesadas mutuamente en su matrimonio.

En asuntos de diversiones hay el mismo número de los que no se ponen de acuerdo y de los indecisos, 18. De forma similar en demostraciones de afecto se encuentran las mismas respuestas 18 indecisos y 18 no están de acuerdo.

Gráfico 39

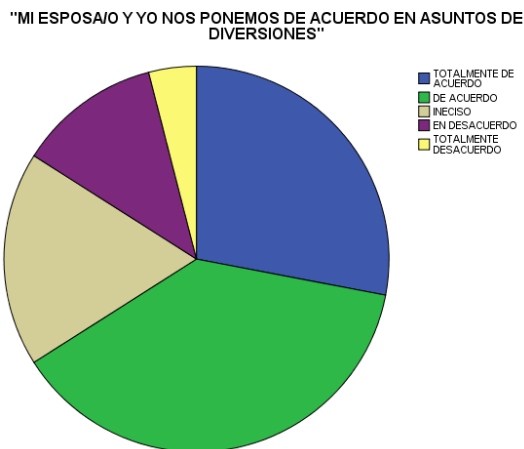
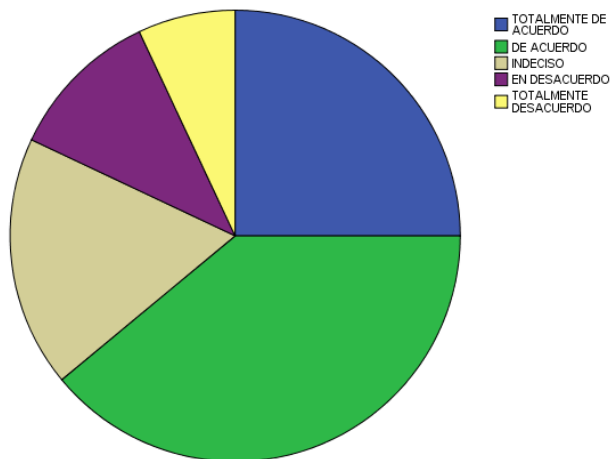


Gráfico 40

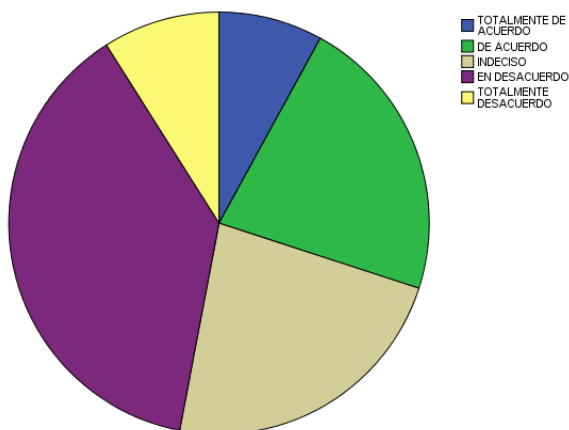
"LAS DEMOSTRACIONES DE AFECTO SON MUTUAMENTE ACEPTABLES EN MI MATRIMONIO"



Llegando al límite de la mitad con un 47% los pacientes encuestados están en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con que su satisfacción sexual no es satisfactoria. Por lo que si siente tener una buena satisfacción sexual mientras que un 30% reconocen tener una mala satisfacción y 23 están indecisos.

Gráfico 41

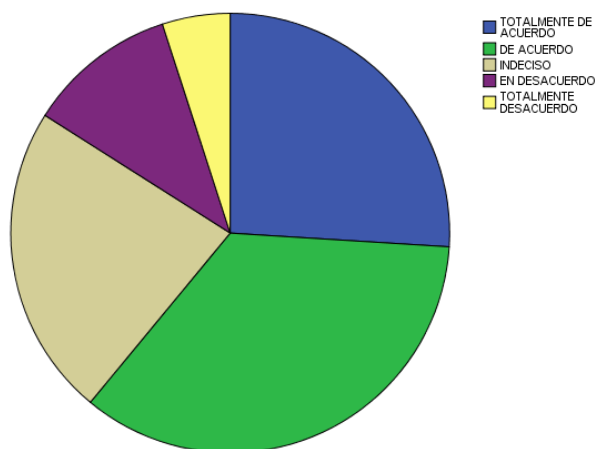
"NUESTRA VIDA SEXUAL NO ES SATISFACTORIA"



El 61% de las encuestas están de acuerdo con lo que significa conducta apropiada para ellos y un 16% no lo saben, el resto se mantienen indecisos (23%)

Gráfico 42

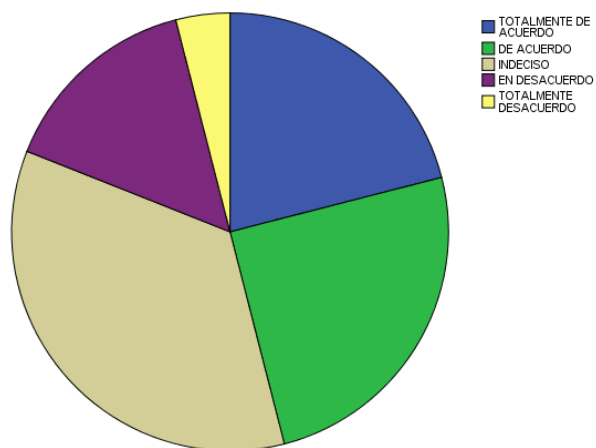
"MI ESPOSA/O Y YO ESTAMOS DE ACUERDO RESPECTO A LO QUE SIGNIFICA LA CONDUCTA APROPIADA"



Un 46% afirma que no tienen la misma filosofía de vida, 35% indecisos, no lo saben o no entienden la pregunta y 19 en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con la frase.

Gráfico 43

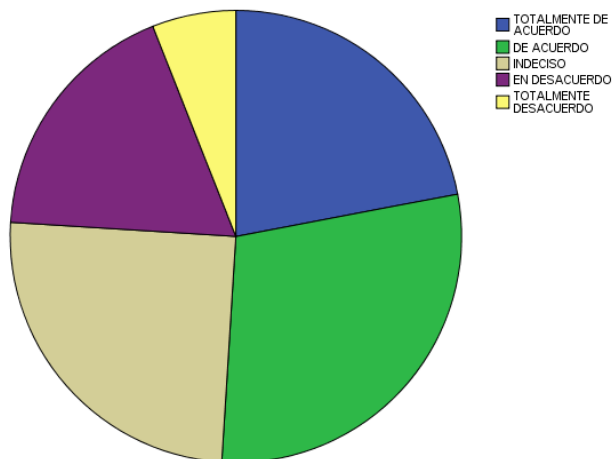
"MI ESPOSA/O Y YO NO TENEMOS LA MISMA FILOSOFÍA DE VIDA"



En la pregunta número 39, un 51% dice disfrutar con su pareja de actividades satisfactorias para ambos, mientras que un 24% no lo hace, el otro 25% se mantiene indeciso.

Gráfico 44

"MI ESPOSA/O Y YO DISFRUTAMOS DE ALGUNAS ACTIVIDADES QUE SON MUTUAMENTE SATISFATORIAS"



El deseo de no haberse casado con su esposa/o está presente en 25 de las encuestas, 19 indecisos y 56 no están de acuerdo.

Coinciden de nuevo 56 de ellas estar en desacuerdo con que su matrimonio es infeliz, 18 indecisos y 26 sí son infelices en su matrimonio.

Gráfico 45

"A VECES DESEO NO HABERME CASADO CON MI ESPOSA/O ACTUAL"

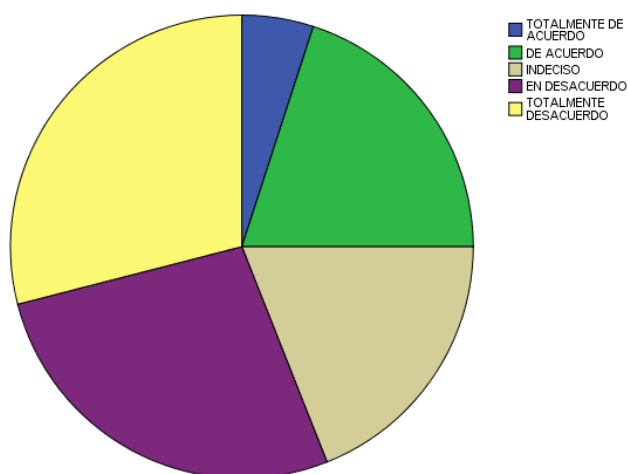
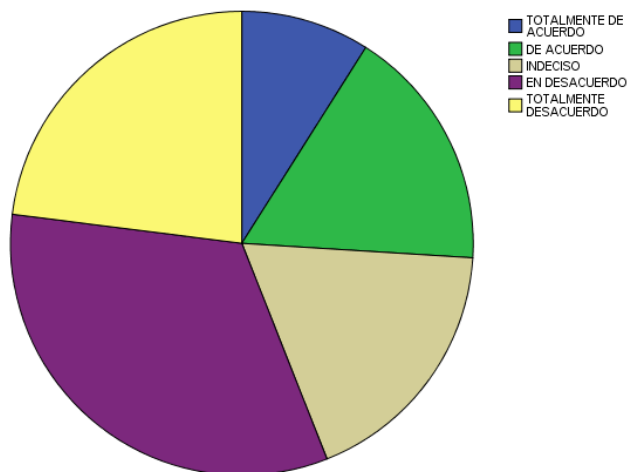


Gráfico 46

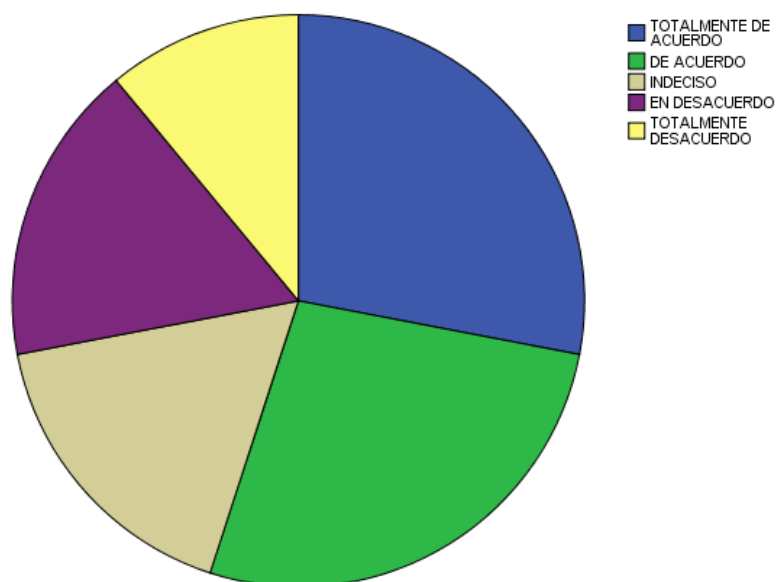
"MI MATRIMONIO ACTUAL DEFINITIVAMENTE ES INFELIZ"



Sólo el 55% de las encuestas afirma que espera con placer la actividad sexual con su esposo/a. 28% no lo espera y 17 están indecisos.

Gráfico 47

"ESPERO CON PLACER LA ACTIVIDAD SEXUAL CON MI ESPOSA/O"



Dato importante a destacar vuelve a ser la falta de respeto sentida por los

pacientes con SAHS ante sus parejas, con un 24% del total, un 23% indeciso, 15% de acuerdo y 9% totalmente de acuerdo.

Gráfico 48



La confianza vuelve a aparecer en la Escala de Satisfacción Marital ante la pregunta “Se me dificulta realmente confiar en mi esposo/a” con un 70% del total no estando de acuerdo con dicha afirmación. 15% totalmente de acuerdo y de acuerdo y un 15% indeciso.

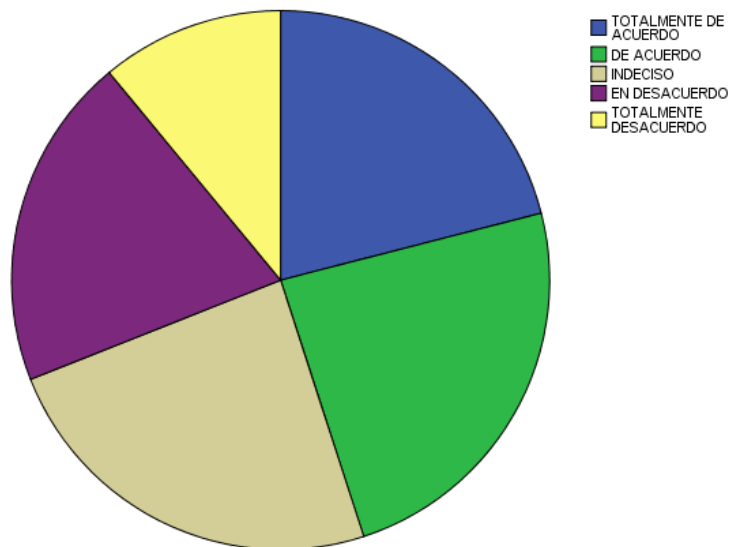
Gráfico 49



Respuestas variadas encontramos ante la pregunta “La mayoría del tiempo mi esposa/o entiende cómo me siento”, 21% Totalmente de Acuerdo, 24% de Acuerdo, 24% Indeciso, 20% en desacuerdo y 11% Totalmente desacuerdo.

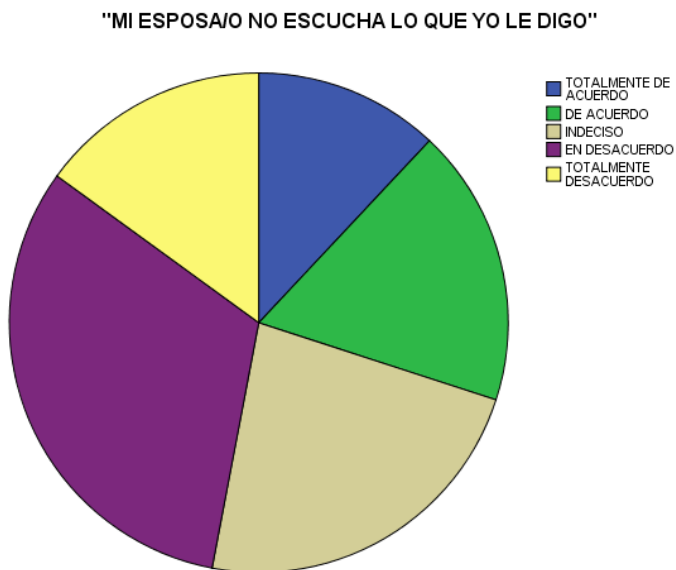
Gráfico 50

"LA MAYORÍA DEL TIEMPO MI ESPOSA/O ENTIENDE CÓMO ME SIENTO"



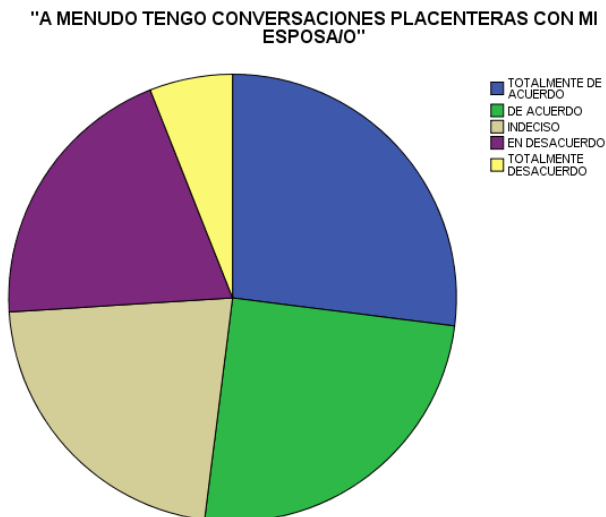
No llega a la mitad de los casos las respuestas negativas ante la pregunta “Mi esposa/o no escucha lo que yo le digo” siendo un 15% totalmente en desacuerdo, 32% en desacuerdo, 23% indeciso y de acuerdo 18% con 12% totalmente de acuerdo.

Grafico 51



El 52% dice tener a menudo conversaciones placenteras con su esposa/o, 26% no las tienen y un 22% se encuentran indecisos.

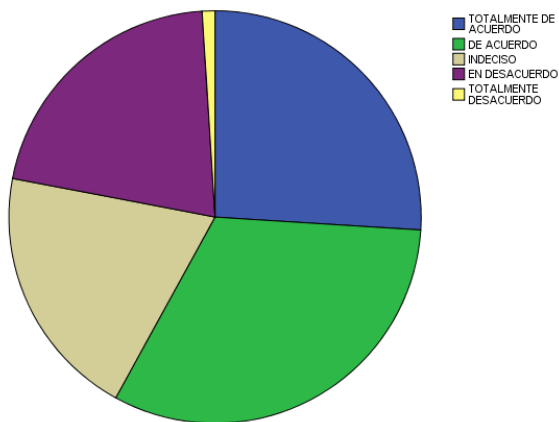
Grafico 52



En la pregunta 48 correspondiente a la última pregunta de la Escala de Satisfacción Marital, “Estoy definitivamente satisfecho/a con mi matrimonio” 58% contestan que sí lo están. Existe un 20% que está indeciso y un 22% que no lo están.

Grafico 53

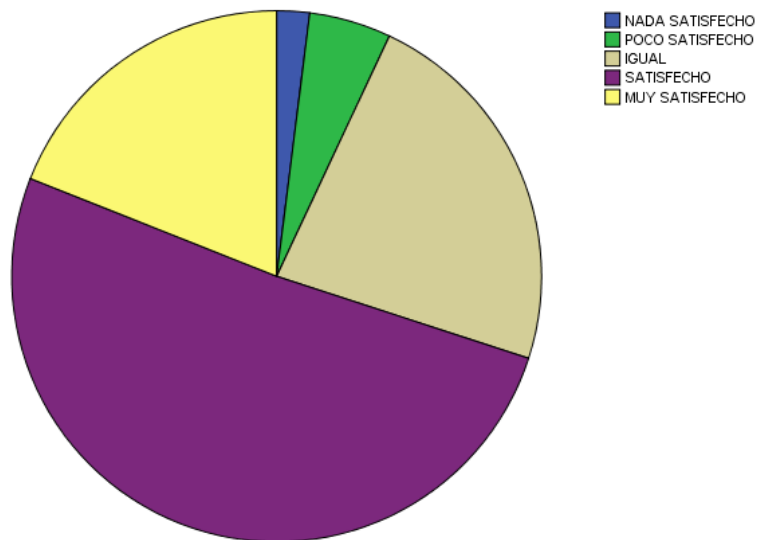
"ESTOY DEFINITIVAMENTE SATISFECHO/A CON MI MATRIMONIO"



El ítem creado para valorar a nivel general la satisfacción sexual general en la pareja ha sido contestado con un 70% de las encuestas como satisfecho o muy satisfecho. 23% estar igual, 5% poco satisfecho y 2% nada satisfecho.

Gráfica 54

"¿A NIVEL GENERAL CUAL DIRÍA QUE ES EL GRADO DE SATISFACCIÓN SEXUAL CON LA PAREJA?"



• **Análisis Bivariante:**

Para continuar con el análisis bivariante se realiza la distribución de la muestra, para saber si sigue una distribución normal o no normal.

Realizamos la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una muestra y obtenemos una P de 0,145 al ser $P > 0,05$ podemos decir que sigue una distribución normal, por lo que trabajaremos con T de Student.

Tabla 3: Prueba de K-S para una muestra

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		SATISFACCIÓN MARITAL TOTAL-SUMA DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL
N		50
Parámetros normales ^{a,b}	Media	26,06
	Desviación típica	24,550
Diferencias más extremas	Absoluta	,162
	Positiva	,091
	Negativa	-,162
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,145
Sig. asintót. (bilateral)		,145

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

-Comparación de puntuación en la Escala de Satisfacción Marital antes y después del tratamiento CPAP con el ítem SEXO.

ANTES:

Tabla 4: Satisfacción marital antes del tratamiento

Estadísticos de grupo					
	SEXO PACIENTE	N	Media	Desviación típ.	P
SATISFACCIÓN MARITAL TOTAL -SUMA DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL	HOMBRE	37	8,54	15,418	0,225
	MUJER	13	3,00	22,491	

Los Pacientes encuestados hombres puntúan mayor que las mujeres, para conocer si realmente es cierto y no tiene nada que ver con la cantidad de muestra escogida por ese sexo, se realiza la prueba Levene, que nos medirá las varianzas.

Obteniéndose una puntuación P 0,225 siendo $P > 0,05$ no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la puntuación total obtenida en la escala de Satisfacción Marital antes del tratamiento CPAP.

DESPUÉS:

Tabla 5: Satisfacción marital después del tratamiento

Estadísticos de grupo					
	SEXO PACIENTE	N	Media	Desviación típ.	P
SATISFACCIÓN MARITAL TOTAL-SUMA DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL	HOMBRE	37	27,51	24,146	0,486
	MUJER	13	21,92	26,209	

EL paciente hombre vuelve a puntuar después del tratamiento mayor que las mujeres . Para verificar si realmente puntúa más alto y no tiene relación con la diferencia entre la cantidad de muestra escogida de hombres y mujeres, se vuelve a realizar Levene para comprar varianzas.

Obteniéndose una puntuación de P 0,486, al ser $P > 0,05$ nos dice que no existe

diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a la puntuación obtenida en la Escala de Satisfacción Marital después de utilizar el tratamiento CPAP durante un mes.

TOTAL:

Para comparar antes y después del tratamiento se crean dos nuevas variables PUNT1 será Antes del tratamiento y PUNT2 Después del tratamiento.

Se analizan para muestras relacionadas:

Tabla 5: Satisfacción marital total

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	P
Par 1	PUNT1	3,55	100	12,785	0,01
	PUNT2	13,03	100	21,675	

Obteniéndose 9 puntos de margen entre antes y después del tratamiento y una P 0,01 siendo $P < 0,05$ existen diferencias significativas por lo que podemos constatar que sí existe mayor satisfacción marital tras usar el tratamiento CPAP.

-Conocer la satisfacción marital en hombre y en mujeres antes y después del tratamiento CPAP

HOMBRES

Tabla 6: Satisfacción marital en hombres antes y después del tratamiento

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	P
Par 1	PUNT1	4,27	74	11,649	0,004
	PUNT2	13,76	74	21,894	

Siendo PUNT1 Antes del tratamiento CPAP y PUNT2 Después del tratamiento CPAP. Se obtiene una P de 0,004 al ser $P < 0,05$ sí existen diferencias significativas en los hombres tener una mayor satisfacción sexual después del tratamiento.

MUJERES

Tabla 7: Satisfacción marital en mujeres antes y después del tratamiento

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	P
Par 1	PUNT1	1,50	26	15,657	0,087
	PUNT2	10,96	26	21,323	

Obteniéndose un resultado P 0,087 en el caso de las mujeres, siendo $P > 0,05$ no existen diferencias significativas en la satisfacción antes y después del tratamiento CPAP. Por lo tanto no hay mejora en la satisfacción sexual de las mujeres tras haber utilizado CPAP durante un mes.

-Conocer la satisfacción marital en las diferentes zonas, de levante y poniente antes y después del tratamiento CPAP.

ZONA LEVANTE

Tabla 8: Satisfacción marital en zona de levante antes y después del tratamiento

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	P
Par 1	PUNT1	2,85	20	13,176	0,32
	PUNT2	17,60	20	23,155	

Siendo PUNT1 Antes del tratamiento y PUNT2 Después del tratamiento se obtienen una P de 0,32 siendo $P > 0,05$ Por tanto no existen diferencias significativas en la mejora con el tratamiento CPAP en la zona de levante. Los pacientes en la zona de Levante no encuentran mejoría en su satisfacción marital después de usar el tratamiento CPAP durante un mes.

ZONA PONIENTE

Tabla 9: Satisfacción marital en zona de poniente antes y después del tratamiento

Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	P
Par 1 PUNT1	3,73	80	12,765	0,07
PUNT2	11,89	80	21,288	

En la zona del Poniente Almeriense se encuentra una P de 0,07 siendo $P > 0,05$ no se encuentran diferencias significativas, por lo que podemos decir que en la zona de Poniente los pacientes encuestados no encuentran mayor satisfacción marital después de utilizar el tratamiento CPAP.

AMBAS ZONAS

Tabla 10: Satisfacción marital en ambas zonas antes y después del tratamiento

Estadísticos de grupo

LUGAR DE RESIDENCIA	N	Media	Desviación típ.	P
PUNT1 LEVANTE	20	2,85	13,176	0,786
PONIENTE	80	3,73	12,765	
PUNT2 LEVANTE	20	17,60	23,155	0,294
PONIENTE	80	11,89	21,288	

Para relacionar las distintas zonas del litoral almeriense se realiza la T de Student para variables independientes y encontramos los siguientes resultados:

PUNT1: Antes del tratamiento en ambas zonas, tanto en la zona de levante como en la de poniente, se obtiene una puntuación de P 0,786 siendo $P > 0,05$ no existen diferencias significativas, por tanto antes del tratamiento en las diferentes zonas no notan mayor satisfacción sexual.

PUNT2: Después del tratamiento en ambas zonas se encuentra un resultado P 0,294 obteniéndose un $P > 0,05$ no existen diferencias significativas por lo que después del tratamiento en ambas zonas no han encontrado mejorar su satisfacción sexual después

de estar utilizando el tratamiento CPAP durante un mes.

- Comparar las diferentes edades con mayor satisfacción antes y después del tratamiento.

Tabla 11: Comparación de satisfacción antes y después del tratamiento en las diferentes edades.

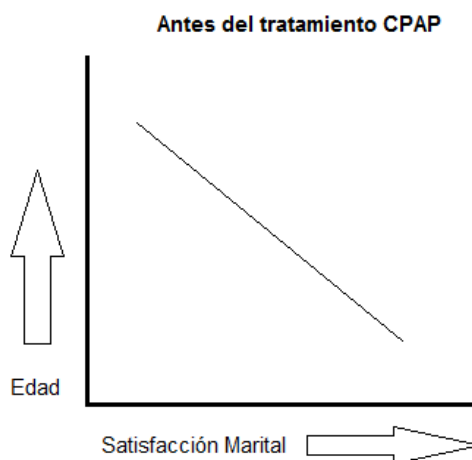
Correlaciones

		EDAD DEL PACIENTE	PUNT1	PUNT2
EDAD DEL PACIENTE	Correlación de Pearson	1	-,151	,093
	Sig. (bilateral)		,134	,358
	N	100	100	100
PUNT1	Correlación de Pearson	-,151	1	-,169
	Sig. (bilateral)	,134		,094
	N	100	100	100
PUNT2	Correlación de Pearson	,093	-,169	1
	Sig. (bilateral)	,358	,094	
	N	100	100	100

Se hace la correlación de Pearson para averiguar la dirección de la recta en sentido positivo o negativo entre la edad y la satisfacción marital antes y después del tratamiento CPAP.

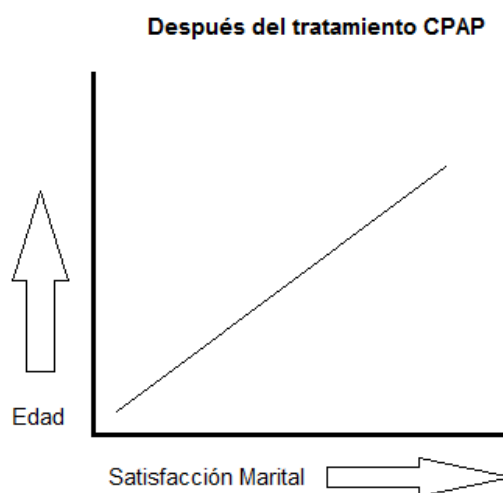
Obteniéndose antes del tratamiento (PUNT1) una correlación de -0,115 siendo una recta en sentido negativo por lo que a medida que va aumentando la edad disminuye la satisfacción marital.

Figura 1: Satisfacción marital antes del tratamiento en relación a la edad



Después del tratamiento (PUNT2) se obtiene una correlación de 0,093 al ser positivo la recta va a ser positiva, por lo tanto podemos decir que a medida que va aumentando la edad va aumentando la satisfacción marital en pacientes que han utilizado el tratamiento CPAP.

Figura 2: Satisfacción marital después del tratamiento en relación a la edad



5. Discusión

Va a ser en este apartado donde compararemos algunos de los estudios encontrados.

Encontramos algunas coincidencias con respecto a los estudios del SAHS *Gispert y Sampol 2008* dan unas medidas generales útiles para todos los pacientes y suficientes en los casos leves o moderados sin somnolencia significativa ni comorbilidad cardiovascular las cuales también comparte *Lloberes*. El tratamiento CPAP utilizado en SAHS forma parte de nuestro eje en el estudio de investigación, conocer y valorar si tiene efectividad además de en la rápida resolución de la somnolencia secundaria al SAHS es también uno de los motivos los cuales quieren dar respuesta *Sampol, Lloberes* o *Gispert* entre otros, en la Satisfacción sexual marital.

En referencia al tratamiento son *Carrillo, Zuñiga et al* quienes encuentran una mejora en la disfunción eréctil tras el tratamiento CPAP, coincidiendo con nuestros resultados en los que se ve mayor satisfacción sexual tras el uso del tratamiento durante un mes.

Sin embargo *Cota Gómez* en no ha podido demostrar de manera concluyente que exista mejora en los trastornos neuropsicológicos que alteran las funciones cognitivas tras el tratamiento con CPAP, y que no pudo diseñar un estudio comparado con placebo, pero sí nos afirma que la mayor parte de los estudios realizados demuestran cierto grado de mejoría como lo demuestra el estudio anterior de *Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal*.

Ya entrando en el análisis univariante de forma paradójica y al azar de la población encuestada utilizada para la muestra, la mitad de ellos, 25 pacientes, han sido diagnosticados del Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS) a través de la Poligrafía respiratoria, llamada comúnmente y utilizada como variable “Estudio del Sueño”, descrita con anterioridad en el apartado del diagnóstico, y los restantes 25 no han sido aun diagnosticados de este Síndrome bajo la prueba específica, pero sí son tratados y prescritos con el tratamiento de presión positiva continua en vía aérea superior (CPAP), como bien nos informaban *Sampol y Lloberes* algunos tenían síntomas evidentes para ser tratados.

Antes de analizar las respuestas a la encuesta sabíamos que esta afirmación “Mi matrimonio está estancado” obtendría la mayoría de respuestas en forma positiva, ya

que un 52% de los encuestados lleva más de 15 años conviviendo en pareja, y no nos equivocamos, un 48% casi la mitad de los pacientes están de acuerdo con la frase, un 22% Totalmente de Acuerdo y un 26% De Acuerdo.

Llegando casi a la mitad de los pacientes encuestados, un 41% sabe que su esposa/o lo valora, casi coincidiendo con la confianza en la pareja analizada anteriormente con un 48%.

De sorprender es las respuestas obtenidas ante la afirmación “Mi esposa/o me permite expresarme y opinar” dónde el 58% están de acuerdo con que es así, un 21% está indeciso con la frase y un 21% que están en desacuerdo, por lo que no se sienten con la libertad de expresar y opinar a día de hoy, en el Siglo XXI, con tanto hincapié puesto en la libertad de expresión, hacen pensar que siguen con el pensamiento antiguo aun teniendo estudios de grado medio casi la mitad de ellos.

Los pacientes elegidos para la muestra están de acuerdo con el significado de “conducta apropiada” pero un 46% afirma que no tienen la misma filosofía de vida.

El deseo de no haberse casado con su esposa/o no está presente en 56 de las encuestas, cifras que bajan de forma comparativa con las respuestas obtenidas en la afirmación anterior “Si pudiera volver a empezar me casaría con otra persona” dónde un 74% contestaba estar en desacuerdo por lo tanto se volverían a casar con la misma persona.

Nos quedamos con los estudios de *Carrillo, Arredondo, Zuñiga et al* y *Soukhova-O'hare* los cuales ven el beneficio del tratamiento CPAP al igual que los resultados obtenidos en nuestro estudio.

6. Conclusión

Tras analizar los resultados encontrados en las Escalas de Satisfacción Marital de los 100 casos, donde 50 de ellos eran antes de haber utilizado el tratamiento CPAP y 50 después de usar el tratamiento CPAP durante 1 mes, Podemos llegar a las siguientes conclusiones, dando respuesta a los objetivos planteados.

El resultado para nuestro objetivo general *“Valorar la efectividad del tratamiento CPAP (presión positiva continua en vía aérea) en mejorar la satisfacción marital”* el resultado ha sido satisfactorio, ya que sí se han encontrado diferencias significativas por lo que el tratamiento sí es efectivo en mejorar la satisfacción sexual marital.

Dentro de objetivos específicos se plantearon 3 objetivos más a los que quisimos dar respuesta.

Los resultados al objetivo *“Analizar si existe mejor satisfacción marital en hombres y en mujeres después del tratamiento CPAP durante un mes”* encontramos que sólo los hombres encuentran una mayor satisfacción marital tras haber usado el tratamiento CPAP durante un mes, por otro lado las mujeres no encuentran una mejor satisfacción marital, refieren encontrarse igual.

“Conocer si hay mejora en la satisfacción marital tras el tratamiento CPAP en las diferentes zonas del litoral almeriense” es otro de los objetivos planteados donde podemos concluir que tanto en la zona de levante como en la zona de poniente no encuentran mejor satisfacción sexual antes del tratamiento CPAP ni tras usar el tratamiento durante n mes.

El último objetivo planteado fue *“Valorar si a medida que aumenta la edad de los pacientes también se ve aumentada su satisfacción marital antes y después del tratamiento”* encontrando que a medida que va aumentando la edad de los pacientes encuestados antes de usar el tratamiento disminuye su satisfacción sexual, encontrando conclusión diferente después de usar el tratamiento CPAP, donde a medida que aumenta la edad de los pacientes, aumenta su satisfacción marital.

Por lo que nos sentimos satisfechos y orgullosos de poder encontrar resultados positivos en nuestro primer objetivo planteado el cual nos llevó a dirigir esta investigación, dónde tras el uso del tratamiento CPAP sí mejora la satisfacción sexual.

7. Bibliografía y Webgrafía

- (1) Gispert P, Sampol G. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño. *EviScience* 2008; 21: 146-149.
- (2) Arias-Galicia L, La escala de satisfacción Marital: Análisis de su confiabilidad y Validez en Muestra de Supervisores Mexicanos. 2003; 36: 67-92.
- (3) Sánchez Armengol MA. Oximetría nocturna. Poligrafía. Aplicaciones en el diagnóstico del Síndrome de apneas-hipopneas del sueño. 2006; 17: 199-210.
- (4) Borrego C. Síndrome de apnea del sueño. *Iatreia* 1994; 7: 135-142.
- (5) <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
- (6) Gutierrez FJ. Manual para dormir y descansar adecuadamente. Mexicanal 2010
- (7) <http://www.SEPAR.es>
- (8) Ferrer JV. Protocolo de actuación para la cirugía de la obesidad. *Clínica Obesitas* 2008; 7-12.
- (9) Pino JM, García F. Síndrome de apnea del sueño. Consecuencias y enfermedades asociadas. *Edita Sanitaria* 2000; 215-219.
- (10) Soto Campos JG, Acosta E, Aguilar L, Alfageme I, Algar, FJ, Álvarez FJ, Antona MJ, Arenas M, Arnedillo A, Avisbal N, Barrot E, Bernal MS, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. *Neumosur (Sevilla)* 2006; 17: 199-211
- (11) Braunwald E, Anthony S, Fauci et al. *Harrison: Principios de medicina interna*. 18ª Edición. 2012
- (12) Hadjiliadis D. *Apnea Obstructiva del Sueño*. A.D.A.M. 2011
- (13) Álvarez T, Bofill JM, Bravo C, de Gracia X, Ferrer J, Lloberes P, Martí S, Monforte V, Muñoz X, Orriols R, Sampol G, Rodríguez E, Román A, Vidal R. *Pneumología: Pautas, datos y técnicas en medicina respiratoria*. Elsevier Masson (Barcelona) 2008; 142-145

- (14) Sánchez AI, Barmúdez MP, Buela-Casal G. Evaluación de la memoria a corto plazo en pacientes con apnea del sueño antes y después del tratamiento con CPAP. *Salud Mental* 2003; 26(6):55-71
- (15) Lucas M, y Cabello F. *Introducción a la sexología clínica*. Elsevier España 2007;X
- (16) Hernández C, Durán Cantolla J, Lloberes P, González M. Novedades en la epidemiología, la historia natural, el diagnóstico y el tratamiento del síndrome de apnea-hipopneas durante el sueño. *Arch Bronconeumol* 2009; 45(Supl 1):3-10
- (17) Soukhova-O'Hare GK, Shah ZA, Lei Z, Nozdrachev AD, Venkateswara Rao C. Erectile dysfunction in a murine model of sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008; 178:644-50.
- (18) Carrillo JL, Zuñiga, Arredondo FM, Reyes M, Castorena A, Vázquez JC, Torre-Bouscoulet L. Síndrome de apnea obstructiva del sueño en población adulta. *Neumol Cir Torax* 2010; (69)2:103-115.
- (19) Giner MA, Rovira E, Julve R, Salvador MI, Naval E, Puertas FJ, Bou R. Factores relacionados con la presencia de disfunción eréctil en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Medicina clínica* 2012; (139)6: 243-248.
- (20) Rozman C, Cardellach F. *Medicina Interna*. Elsevier. 2012; 17º
- (21) Velasco MC, Gutiérrez MI, Sánchez M, Trujillo A, Sánchez L. Depresión psicótica inducida por un Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS): a propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40(1):43-5
- (22) Sánchez AI, Buela-Casal. Assessment of daytime in snoring subjects and obstructive sleep apnea patients. *Salud Mental* 2007; 30 (1): 9-15.
- (23)Cota H. Alteraciones cognitivas por SAHOS y sus cambios posteriores al tratamiento con CPAP. *An Orl Mex* 2012; 57:95-98.
- (24)Eguía VM, Cascante JA. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño.Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007;30 (Supl. 1): 53-74.

(25) Guglielmi O, Sánchez aI, Jurado-Gámez B, Buena-Casal G, Bardwell WA. Obesidad y calidad de sueño: predictores de la depresión y la ansiedad en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Rev Neurol 2011;52(9): 515-521.

(26) Miró E, Cano-Lozano C, Buena-Casal G. Sueño y calidad de vida. Revista colombiana de Psicología 2005; 14: 11-27.

(27) Guerrero A, Santamaría J, de Pablo J, Iranzo A y Montserrat JM. Somnolencia residual en pacientes con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño tratados con CPAP: Evaluación y tratamiento. Vigilia-Sueño 2007; 19(1):1-14.

(28) Imagen 1: <http://www.remstar.respironics.com>

(29) Imagen 2: <http://www.saludshopping.com>

(30) Imagen 3: <http://www.apneatienda.com>

Bibliografía Consultada

Eguía VM, Cascante JA. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño. Concepto, diagnóstico y tratamiento médico. An. Sist. Sanit. Navar. 2007;30 (Supl. 1): 53-74

DURÁN-CANTOLLA J, MAR J, DE LA TORRE G, RUBIO R, GUERRA L. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) en España. Disponibilidad de recursos para su diagnóstico y tratamiento en los hospitales del estado español. Arch Bronconeumol 2004; 40: 259-267.

DURÁN J, RUBIO R, AIZPURU F, DE LA TORRE G, ZORRILLA V, TELLECHEA B. Utilidad de un modelo de predicción clínica en el diagnóstico de pacientes con sospecha de síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño. Arch Bronconeumol 2001; 37 Supl 1:24.

Cota H. Alteraciones cognitivas por SAHOS y sus cambios posteriores al tratamiento con CPAP. An Orl Mex 2012; 57:95-98

GUILLEMINAULT C, TILKIAN A, DEMENT WC. The sleep apnea syndromes. Annu Rev Med 1976; 27: 465-485.

DURÁN-CANTOLLA J, COLS Y GRUPO ESPAÑOL DE SUEÑO (GES). Consenso Nacional sobre el SAHS. Arch Bronconeumol 2005; 41: 12-29.

Guglielmi O, Sánchez aI, Jurado-Gámez B, Buena-Casal G, Bardwell WA. Obesidad y

calidad de sueño: predictores de la depresión y la ansiedad en pacientes con síndrome de apnea-hipopnea del sueño. *Rev Neurol* 2011;52(9): 515-521

Marti-Masso JF. Trastornos del sueño en la enfermedad de Parkinson: insomnio y fragmentación del sueño, hipersomnia diurna, alteraciones del ritmo circadiano y síndrome de apnea del sueño. *Rev Neurol* 2010; 50 (Supl 2): S21-6.

Grupo Español de Sueño (GES). Consenso nacional sobre el síndrome apnea-hipopnea del sueño (SAHS). *Arch Bronco- neumol* 2005; 41: 12-29.

Guerrero A, Santamaría J, de Pablo J, Iranzo A y Montserrat JM. Somnolencia residual en pacientes con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño tratados con CPAP: Evaluación y tratamiento. *Vigilia-Sueño* 2007; 19(1):1-14.

Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci y otros. *Harrison: principios de medicina interna*. 18ª Edición.

Álvarez T, Bofill JM, Bravo C, de Gracia X, Ferrer J, Lloberes P, Martí S, Monforte V, Muñoz X, Orriols R, Sampol G, Rodríguez E, Román A, Vidal R. *Pneumología: Pautas, datos y técnicas en medicina respiratoria*. Elsevier Masson (Barcelona) 2008; 142-145

Muñoz B, Sampol G, García JD, Pérez A, Fernández G, Sarriá C, Escamilla C. *Cliniguía: actualización de diagnóstico y terapéutica*. EviScience 2008; 146-149

Soto Campos JG, Acosta E, Aguilar L, Alfageme I, Algar, FJ, Álvarez FJ, Antona MJ, Arenas M, Arnedillo A, Avisbal N, Barrot E, Bernal MS, et al. *Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología*. Neumosur (Sevilla) 2006; 17: 199-211

Montserrat JM, Amilibia J, Bernabé F, Capote F, Durán J, Magado NG et al. Tratamiento del síndrome de las apneas-hipopneas durante el sueño. *Arch Bronconeumol* 1998; 34:2004-6

Whitelaw WA, Brant Rf, Flemons WW. Clinical usefulness of home oximetría compared with polysomnografía for the assessment of sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 188-93

Standard of Practice Committee of the American Sleep Disorders asociación. Practice parameters for the use of portable recording in the assessment of obstructive sleep apnea. *Slepp* 1994; 139:559-68.

Chiner E, Sigues-Costa J, Arriero JM, Marco J, Fuentes I, Sergado A. Nocturnal oximetría for the diagnosis of the sleep apnea hypopnea síndrome: a method to reduce the Lumber of polysomnography, *Thorax* 1999; 54:968-71

Allan Rechtschaffen and Anthony Kales. A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects. Brain information services/Brain research Institute. University of California, 1968

Magalang UJ, Dmochowski J, Veeramachaneni S, Draw A, Mador MJ, el-Solh A. Prediction of the apnea-hypopnea index from overnight pulse oximetry. Chest 2003; 124: 1694-701

Durán J, González-Mangado N, Marín JM, Solans M, Zamarrón C, Montserrat JM. Concepto, definición y epidemiología. Arch Bronconeumol 2002, 38 (Supl 3):3-9

Golpe R, Jiménez J, Carpizo R, Home sleep studies in the assessment of sleep apnea/hypopnea syndrome. Chest 2002; 122:1156-61

American Sleep Disorders Association. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures. Sleep 1997; 20:406-22

Candela A, Hernandez L, Asensio S, Sánchez-Payá J, Vila J, Benito N et al. Validación de un equipo de poligrafía respiratoria en el diagnóstico del síndrome de apneas durante el sueño. Arch Bronconeumol 2005; 41:71-7

Barbé F, Amilibia J, Capote F, Durán J, Mangado N, Jiménez A et al. Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño. Informe de consenso del Área de Insuficiencia Respiratoria y Trastornos del sueño. Arch Bronconeumol 1995; 31:460-2

Ross SD, Sheingait IA, Harridon KJ, Kvasz M, Connelly JE, Shea SA et al. Systematic review and meta-analysis of the literature regarding the diagnosis of sleep apnea. Sleep 2000; 23:519-32

Capote F, Masa JF, Jiménez A, Peces-Barba G, Amilibia J, Rubio R. Manifestaciones clínicas del SAHS. Métodos diagnósticos. Síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior. Arch Bronconeumol 2002; 38 (Supl 3): 21-7

Durán-Cantolla J, Mar J, de la Torre Muñecas G, Rubio Aramendi R, Guerra L. El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en España. Disponibilidad de recursos para su diagnóstico y tratamiento en los hospitales del Estado español. Arch Bronconeumol 2004; 40:259-67

Velasco MC, Gutiérrez MI, Sánchez M, Trujillo A, Sánchez L. Depresión psicótica inducida por un Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS): a propósito de un caso. Actas Esp Psiquiatr 2012; 40(1):43-5

Culebras A. Repercusión de la apnea del sueño en neurología. Rev Neurol 2013; 36 (1)

67-70

Kario K, Obstructive sleep apnea syndrome and hipertensión: ambulatory blood pressure. *Hypertens Res.* 2009; 32 (6): 428-32

Induced cardiovascular complications. *Antioxid Redox Signal.* 2007;9(6):701-10.

Gibson GJ. Obstructive sleep apnoea syndrome: underestimated and undertreated. *Brit Med Bull.* 2004;72:49-64.

Jenkinson C, Strandling J, Petersen S. Comparison of three measures of quality of life outcome in the evaluation of continuous positive airways pressure therapy for sleep apnoea. *J Sleep Res.* 1997;6:199-204.

Flemons WW, Reimer MA. Development of disease-specific health-related quality of life questionnaire for sleep apnoea. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158:494-503.

Saunamäki T, Jehkonen M. Depression and anxiety in obstructive sleep apnea syndrome: a review. *Acta Neurol Scand.* 2007;116(5):277-88.

Douglas NJ, Engleman HM. Effects of CPAP on vigilance and related functions in patients with the sleep apnea/hypopnea syndrome. *Sleep.* 2000;23(4):S147-9.

Freeman D, Brugha T, Meltzer H, Jenkins R, Stahl D, Bebbington P. Persecutory ideation and insomnia: findings from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *J Psychiatr Res.* 2010;44(15):1021-6.

Ohayon MM. Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Res.* 2000;97(2-3):153-64.

El-Ad B, Lavie P. Effect of sleep apnea on cognition and mood. *Int Rev Psychiatry.* 2005; 17(4):277-82.

Plante DT, Winkelman JW. Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *Am J Psychiatry.* 2008;165(7):830-43.

Sánchez AI, Barmúdez MP, Buéla-Casal G. Evaluación de la memoria a corto plazo en pacientes con apnea del sueño antes y después del tratamiento con CPAP. *Salud Mental* 200; 26(6):55-71

BADOS A, GARCIA E, FUSTE A: Eficacia y utilidad de la terapia psicológica. *Revista Internacional Psicología Clínica Salud Int J Clin Health Psychol* 2002; 2:477-502.

BARDWELL WA, ANCOLI-ISRAEL S, BERRY CC, DIMSDALE JE: Neuropsychological effects of one-week continuous positive airway pressure treatment

in patients with obstructive sleep apnea: a placebo-controlled study. *Psychosom Med*, 2001; 63:579-84.

Miró E, Cano-Lozano C, Buena-Casal G. Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de Psicología* 2005; 14: 11-27.

BARBE F, MAYORALES LR, DURAN J, MASA JF, MAIMO A, MONTSERRAT JM y cols.: Treatment with continuous positive airway pressure is not effective in patients with sleep apnea but no daytime sleepiness. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 134:1065-1067, 2001.

BEDARD MA, MONTPLAISIR J, RICHER F, MALO J, ROULEAU I: Persistent neuropsychological deficits and vigilance impairment in sleep apnea syndrome after treatment with continuous positive airway pressure (CPAP). *J Clin Exp Neuropsychol*, 15:330-341, 1993.

BEDARD MA, MONTPLAISIR J, RICHER F, ROULEAU I, MALO J: Obstructive sleep apnea syndrome: patogenesis of neuropsychological deficit. *J Clin Exp Neuropsychol*, 13:950-964, 1991.

BOBENRIETH MA: Normas para la revisión de originales en ciencias de la salud. *Revista Internacional Psicología Clínica Salud Int J Clin Health Psychol*, 2:509-523, 2002.

BORAK J, CIESLICKI JK, KOZIEJ M, MATUSZEWSKI A, ZIELINSKI J: Effects of CPAP treatment on psychological status in patients with severe obstructive sleep apnoea. *J Sleep Res*, 5:123-127, 1996.

CACCAPPOLO EA: Neuropsychological deficits in obstructive sleep apnea patients pre- and posttreatment. *Dissertation Abstracts International*, 60:4206, 2000.

ECHEBURUA E, DEL CORRAL P: Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional Psicología Clínica Salud Int J Clin Health Psychol*, 1:181-204, 2001.

ENGLEMAN HM, CHESHIRE KE, DEARY IJ, DOUGLAS NJ: Daytime sleepiness, cognitive performance and mood after continuous positive airway pressure for the sleep apnea-hypopnea syndrome. *Thorax*, 48:911-914, 1993.

ENGLEMAN HM, MARTIN SE, DEARY IJ, DOUGLAS NJ: Effect of continuous positive airway pressure treatment on daytime function in sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Lancet*, 5:572-575, 1994.

ESNAOLA S, DURAN J, INFANTE-RIVARD C, RUBIO R, FERNANDEZ A:

Diagnostic accuracy of a portable recording device (MESAM IV) in suspected obstructive sleep apnoea. *Eur Respir J*, 1 2:2597-2605, 1996.

FLETCHER E, LUCKETT R: The effect of positive reinforcement on Orly compliance in nasal continuous positive airway pressure users with obstructive sleep apnea. *Am Rev Respir Dis*, 143:936-941, 1991.

GARCIA-DIAZ EM, CAPOTE-GIL F, CANO-GOMEZ S, SANCHEZ-ARMENGOL A, CARMONA-BERNAL C, SOTO-CAMPOS JG: The respiratory polygraphy in the diagnosis of obstructive apnea syndrome during sleep. *Arch Bronconeumol*, 33:69-73, 1997.

GREENBERG GD, WATSON RK, DEPTULA D: Neuropsychological dysfunction in sleep apnea. *Sleep*, 10:254- 262, 1987.

HAMILTON KE, DOBSON KS: Empirically supported treatments in psychology. Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional Psicología Clínica Salud Int J Clin Health Psychol*, 1:35-51, 2001.

KALES A, CALDWELL AB, CADIEUX RJ, VELA-BUENO A, RUCH LG, MAYES SD: Severe obstructive sleep apnea—II: Associated psychopathology and psychosocial consequences. *J Chronic Dis*, 38:427-34, 1985.

KELLY DA, CLAYPOOLE KH, COPPEL DB: Sleep apnea syndrome: Symptomatology, associated features, and neurocognitive correlates. *Neuropsychol Rev*, 1:223-242, 1990.

KISCHINOVSKY G, JENNUM P, MORTENSEN EL, WILDSCHIODTZ G: Cognitive impairment in obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep Res*, 16:370, 1987.

MONTERO I, LEON O: Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional Psicología Clínica Salud Int J Clin Health Psychol*, 2:503-508, 2002.

MIRO E, IAÑEZ MA, CANO-LOZANO MC: Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional Psicología Clínica Salud Int J Clin Health Psychol*, 2:301-326, 2002.

MITLER M: Daytime sleepiness and cognitive functioning in sleep apnea. *Sleep*, 16:68 70, 1993.

NAËGELE B, THOUVARD V, PEPIN JL, LEVY P, BONNET C, PERRET JE, PELLAT J, FEUERSTEIN C: Deficits of cognitive executive functions in patients with sleep apnea syndrome. *Sleep*, 18:43-52, 1995.

NAËGELE B, PEPIN JL, LEVY P, BONNET C, PELLAT J, FEUERSTEIN C: Cognitive executive dysfunction in patients with obstructive sleep apnea syndrome

(OSAS) after CPAP treatment. *Sleep*, 15:392-397, 1998.

SANCHEZ AI: Evaluación de la Técnica de la Presión Nasal Positiva Continua en el Nivel de Activación Diurno y en el Estado de Animo de Pacientes con el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. Universidad de Granada, Granada, 1999.

TERAN SJ, FERNANDEZ GC, CORDERO GJ: Situation in Spain of the diagnostic resources and of the treatment with continuous positive pressure respiration in sleep obstructive apnea-hypoapnea syndrome. *Arch Bronconeumol*, 36:494-499, 2000.

WECHSLER D: Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale. The Psychological Corporation, Nueva York, 1955.

8. Anexos

Antes del tratamiento

Últimas 3 cifras del D.N.I. _ _ _

ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL

A continuación se le va a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su satisfacción sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus sensaciones acerca de este tema.

La información que proporciones tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial.

*Señale con una **X** la opción elegida.*

Edad:

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Estudios:

- Básicos (EGB, ESO o equivalentes)
- Grado Medio (Bachiller, FP o equivalentes)
- Universitarios
- Sin Estudios

Lugar de residencia:

- Zona Levante
- Zona Poniente

•
Años de convivencia en pareja:

- Menor de 1 año
- De 1- 5 años
- De 5 -10 años
- Mayor de 15 años

Enfermedad diagnosticada con la prueba de *Estudio del sueño*.

- Sí
- No

A continuación debe marcar con una X la opción elegida teniendo en cuenta el significado de la numeración.

1 = Totalmente de acuerdo

2= de acuerdo

3= Indeciso

4= en desacuerdo

5= Totalmente desacuerdo

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.Yo sé que mi esposa (o) espera de nuestro matrimonio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.Mi esposa (o) podría hacerme la vida más fácil si quisiera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.Me preocupa mi matrimonio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.Si pudiera volver a empezar me casaría con otra persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5.Siempre confío en mi esposa (o) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.Mi vida estaría vacía sin mi matrimonio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7.Mi matrimonio es demasiado rígido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8.Siento que mi matrimonio se ha estancado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.Sé que mi esposa (o) me valora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.El matrimonio me está deteriorando la salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11.Me siento perturbado(a), molesto (a), o irritable por cosas que me pasan en mi matrimonio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.Tengo la capacidad para sacar adelante mi matrimonio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.No me gustaría prolongar mi actual matrimonio para siempre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14.Creo que mi matrimonio me dará satisfacción mientras dure. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.Es inútil tratar de conservar mi matrimonio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | |
|---|-----------|
| 16.Considero que mi situación marital es muy placentera | 1 2 3 4 5 |
| 17.El matrimonio me ofrece mas satisfacciones que cualquier otra cosa que yo hago | 1 2 3 4 5 |
| 18.Pienso que mi matrimonio se dificulta más con el paso del tiempo | 1 2 3 4 5 |
| 19.Mi esposa (o) me altera y me pone nervioso (a) | 1 2 3 4 5 |
| 20.Mi esposa (o) me permite expresarme y opinar | 1 2 3 4 5 |
| 21.Hasta la fecha mi matrimonio ha sido un éxito | 1 2 3 4 5 |
| 22.Mi esposa(o) me considera con igualdad | 1 2 3 4 5 |
| 23.Debo buscar las cosas interesantes y de valor en la vida fuera del matrimonio | 1 2 3 4 5 |
| 24.Mi esposa (o) me alienta para que haga un mejor trabajo | 1 2 3 4 5 |
| 25.Mi matrimonio restringe mi personalidad | 1 2 3 4 5 |
| 26.El futuro de mi matrimonio es prometedor | 1 2 3 4 5 |
| 27.Realmente me interesa mi esposa (o) | 1 2 3 4 5 |
| 28.Me llevo bien con mi esposa (o) | 1 2 3 4 5 |
| 29.Tengo miedo al divorcio | 1 2 3 4 5 |
| 30.Mi esposa (o) me exige injustamente que me ocupe de ella (él) en mi tiempo libre | 1 2 3 4 5 |
| 31.Mi esposa(o) parece actuar sin fundamento en su trato conmigo | 1 2 3 4 5 |
| 32.Mi matrimonio me ha permitido obtener las metas que me he propuesto | 1 2 3 4 5 |
| . | |
| 33.Mi esposa(o) está de acuerdo en querer mejorar nuestra relación | 1 2 3 4 5 |
| 34.Mi esposa(o) y yo nos ponemos de acuerdo en asuntos de diversiones | 1 2 3 4 5 |
| . | |
| 35.Las demostraciones de afecto son mutuamente aceptables en mi matrimonio | 1 2 3 4 5 |
| . | |
| 36.Nuestra vida sexual no es satisfactoria | 1 2 3 4 5 |
| 37.Mi esposa(o) y yo estamos de acuerdo respecto a lo que significa la conducta apropiada | 1 2 3 4 5 |
| 38.Mi esposa(o) y yo no tenemos la misma filosofía de vida | 1 2 3 4 5 |
| 39.Mi esposa(o) y yo disfrutamos de algunas actividades que son mutuamente satisfactorias | 1 2 3 4 5 |
| 40.A veces deseo no haberme casado con mi esposa(o) actual. | 1 2 3 4 5 |
| 41.Mi matrimonio actual definitivamente es infeliz | 1 2 3 4 5 |
| 42.Espero con placer la actividad sexual con mi esposa(o) | 1 2 3 4 5 |
| 43.Mi esposa(o) me falta el respeto | 1 2 3 4 5 |
| 44.Se me dificulta realmente confiar en mi esposa(o) | 1 2 3 4 5 |
| 45.La mayoría del tiempo mi esposa(o) entiende cómo me siento | 1 2 3 4 5 |
| 46.Mi esposa(o) no escucha lo que yo le digo | 1 2 3 4 5 |
| 47.A menudo tengo conversaciones placenteras con mi esposa(o) | 1 2 3 4 5 |
| 48.Estoy definitivamente satisfecho(a) con mi matrimonio | 1 2 3 4 5 |
- ¿A nivel general cual diría que es el grado de satisfacción sexual con la pareja?

1.Nada satisfecho 2.Poco Satisfecho 3.Igual 4.Satisfecho 5.Muy Satisfecho

GRACIAS

Después del tratamiento

Últimas 3 cifras del D.N.I. _ _ _

ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL

A continuación se le va a presentar una serie de cuestiones relacionadas con su satisfacción sexual, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo se trata de conocer sus sensaciones acerca de este tema.

La información que proporciones tiene fines de investigación y por tanto, es de carácter confidencial.

*Señale con una **X** la opción elegida.*

Edad:

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Estudios:

- Básicos (EGB, ESO o equivalentes)
- Grado Medio (Bachiller, FP o equivalentes)
- Universitarios
- Sin Estudios

Lugar de residencia:

- Zona Levante
- Zona Poniente
-

Años de convivencia en pareja:

- Menor de 1 año
- De 1- 5 años

- De 5 -10 años
- Mayor de 15 años

Enfermedad diagnosticada con la prueba de *Estudio del sueño*.

- Sí
- No

A continuación debe marcar con una X la opción elegida teniendo en cuenta el significado de la numeración.

1 = Totalmente de acuerdo

2= de acuerdo

3= Indeciso

4= en desacuerdo

5= Totalmente desacuerdo

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 49. Yo sé que mi esposa (o) espera de nuestro matrimonio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Mi esposa (o) podría hacerme la vida más fácil si quisiera. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Me preocupa mi matrimonio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Si pudiera volver a empezar me casaría con otra persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Siempre confío en mi esposa (o) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Mi vida estaría vacía sin mi matrimonio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Mi matrimonio es demasiado rígido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Siento que mi matrimonio se ha estancado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. Sé que mi esposa (o) me valora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. El matrimonio me está deteriorando la salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. Me siento perturbado(a), molesto (a), o irritable por cosas que me pasan en mi matrimonio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. Tengo la capacidad para sacar adelante mi matrimonio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. No me gustaría prolongar mi actual matrimonio para siempre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62. Creo que mi matrimonio me dará satisfacción mientras dure. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 63. Es inútil tratar de conservar mi matrimonio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64. Considero que mi situación marital es muy placentera | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65. El matrimonio me ofrece mas satisfacciones que cualquier otra cosa que yo hago | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66. Pienso que mi matrimonio se dificulta más con el paso del tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. Mi esposa (o) me altera y me pone nervioso (a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

68. Mi esposa (o) me permite expresarme y opinar 1 2 3 4 5
 69. Hasta la fecha mi matrimonio ha sido un éxito 1 2 3 4 5
 70. Mi esposa(o) me considera con igualdad 1 2 3 4 5
 71. Debo buscar las cosas interesantes y de valor en la vida fuera del matrimonio 1 2 3 4 5
 72. Mi esposa (o) me alienta para que haga un mejor trabajo 1 2 3 4 5
 73. Mi matrimonio restringe mi personalidad 1 2 3 4 5
 74. El futuro de mi matrimonio es prometedor 1 2 3 4 5
 75. Realmente me interesa mi esposa (o) 1 2 3 4 5
 76. Me llevo bien con mi esposa (o) 1 2 3 4 5
 77. Tengo miedo al divorcio 1 2 3 4 5
 78. Mi esposa (o) me exige injustamente que me ocupe de ella (él) en mi tiempo libre 1 2 3 4 5
 79. Mi esposa(o) parece actuar sin fundamento en su trato conmigo 1 2 3 4 5
 80. Mi matrimonio me ha permitido obtener las metas que me he propuesto . 1 2 3 4 5
 81. Mi esposa(o) está de acuerdo en querer mejorar nuestra relación 1 2 3 4 5
 82. Mi esposa(o) y yo nos ponemos de acuerdo en asuntos de diversiones . 1 2 3 4 5
 83. Las demostraciones de afecto son mutuamente aceptables en mi matrimonio . 1 2 3 4 5
 84. Nuestra vida sexual no es satisfactoria 1 2 3 4 5
 85. Mi esposa(o) y yo estamos de acuerdo respecto a lo que significa la conducta apropiada 1 2 3 4 5
 86. Mi esposa(o) y yo no tenemos la misma filosofía de vida 1 2 3 4 5
 87. Mi esposa(o) y yo disfrutamos de algunas actividades que son mutuamente satisfactorias 1 2 3 4 5
 88. A veces deseo no haberme casado con mi esposa(o) actual. 1 2 3 4 5
 89. Mi matrimonio actual definitivamente es infeliz 1 2 3 4 5
 90. Espero con placer la actividad sexual con mi esposa(o) 1 2 3 4 5
 91. Mi esposa(o) me falta el respeto 1 2 3 4 5
 92. Se me dificulta realmente confiar en mi esposa(o) 1 2 3 4 5
 93. La mayoría del tiempo mi esposa(o) entiende cómo me siento 1 2 3 4 5
 94. Mi esposa(o) no escucha lo que yo le digo 1 2 3 4 5
 95. A menudo tengo conversaciones placenteras con mi esposa(o) 1 2 3 4 5
 96. Estoy definitivamente satisfecho(a) con mi matrimonio 1 2 3 4 5
 ¿A nivel general cual diría que es el grado de satisfacción sexual con la pareja?

1. Nada satisfecho 2. Poco Satisfecho 3. Igual 4. Satisfecho 5. Muy Satisfecho

-¿Cree usted que ha mejorado su *satisfacción sexual* desde que ha comenzado el tratamiento?

1. Nada satisfecho 2. Poco Satisfecho 3. Igual 4. Satisfecho 5. Muy Satisfecho

GRACIAS