

Fundación **MAPFRE**

**¿CÓMO DUERMEN
LOS JÓVENES?**

HÁBITOS Y PREVALENCIA
DE TRASTORNOS DEL SUEÑO
EN ESPAÑA



¿CÓMO DUERMEN LOS JÓVENES?

**HÁBITOS Y PREVALENCIA
DE TRASTORNOS DEL
SUEÑO EN ESPAÑA**

FUNDACIÓN MAPFRE no se hace responsable del contenido de esta obra, ni el hecho de publicarla implica conformidad o identificación con las opiniones vertidas en ella.

Se autoriza la reproducción parcial de la información contenida en este estudio siempre que se cite su procedencia.

Maquetación y producción editorial:
Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.

© 2024, Fundación MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid (España)
www.fundacionmapfre.org

ISBN: 978-84-9844-864-1
Depósito Legal: M-5080-2024

Autoría

M. Rubio Roy

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. Sociedad Española de Sueño (SES) y Sociedad Española de Neurología (SEN).

M. de Entrambasaguas Barretto

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Sociedad Española de Sueño (SES).

G. Sansa Fayos

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. Sociedad Española de Sueño (SES) y Sociedad Española de Neurología (SEN).

M. Ángeles Bonmatí Carrión

Ciber de Fragilidad y Envejecimiento Saludable/Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria, Universidad de Murcia. Sociedad Española de Sueño (SES).

J. J. Poza Aldea

Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián. Sociedad Española de Sueño (SES) y Sociedad Española de Neurología (SEN).

T. Fernández Heras

Actual Research, Madrid.

M. J. Masdeu Margalef

Hospital Universitario La Paz, Madrid. Sociedad Española de Sueño (SES) y Sociedad Española de Neurología (SEN).

M. Merino Andreu

Hospital Universitario La Paz, Madrid. Sociedad Española de Sueño (SES) y Sociedad Española de Neurología (SEN).

A. Fernández-Arcos

BarcelonaBeta Brain Research Center. Sociedad Española de Sueño (SES) y Sociedad Española de Neurología (SEN).

Índice

Resumen ejecutivo	7
1. Introducción	13
1.1. Trastorno de insomnio	13
1.2. Sueño insuficiente	14
1.3. Síndrome de retraso de fase	15
1.4. Diagnóstico diferencial	16
2. Objetivos	17
2.1. Primarios	17
2.2. Secundarios	17
3. Metodología	19
3.1. Diseño de investigación	19
3.2. Ámbito	19
3.3. Cronograma	19
3.4. Participantes y diseño muestral	19
3.5. Desarrollo de la encuesta	20
3.6. Aspectos éticos	21
3.7. Potenciales sesgos y mecanismos empleados para evitarlos	21
3.8. Análisis de datos y métodos estadísticos	22
4. Resultados	23
4.1. Caracterización de la muestra	23
4.2. Datos sociodemográficos y antropométricos	23
4.3. Hábitos de sueño	28
4.3.1. Opinión sobre el sueño	28
4.3.2. Hábitos horarios	28
4.3.3. Hábitos de sueño nocturno	29
4.4. Hábitos de vida y estado de salud	31
4.4.1. Horario de actividades cotidianas	31
4.4.2. Consumo de sustancias estimulantes	32
4.4.3. Consumo de sustancias depresoras	33
4.4.4. Práctica de ejercicio y alimentación	33
4.4.5. Estado de salud física	34
4.4.6. Tiempo de exposición a la luz del sol	34
4.4.7. Estado de salud mental	34

4.5. Prevalencia de sintomatología de problemas del sueño	34
4.5.1. Somnolencia diurna.....	34
4.5.2. Dificultad para levantarse por la mañana.....	34
4.5.3. Condiciones para dormir	34
4.5.4. Síntomas de insomnio	35
4.5.5. Síntomas de apneas obstructivas del sueño (AOS)	37
4.5.6. Síntomas de piernas inquietas (SPI).....	37
4.5.7. Trastornos de sueño diagnosticados médicamente	37
4.6. Prevalencia estimada y factores sociodemográficos, hábitos de sueño y de estilo de vida relacionados con los trastornos del sueño.....	38
4.6.1. Trastorno de insomnio crónico (TIC).....	38
4.6.2. Síndrome de retraso de fase (SRF).....	39
4.6.3. Síndrome del sueño insuficiente (SSI)	40
5. Discusión	43
6. Limitaciones del estudio	47
7. Conclusiones	49
8. Importancia de los hallazgos	53
9. Declaraciones de transparencia y conflictos de interés	55
10. Contribución de los autores/as.....	57
11. Bibliografía	59
Anexo 1. Encuesta.....	61
Anexo 2. Criterios diagnósticos de TIC, SRF y SSI	75

Resumen ejecutivo

Introducción y antecedentes

El sueño tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la salud y el bienestar. Los hábitos de sueño poco saludables en la población joven pueden desencadenar problemas de sueño a largo plazo. De hecho, una parte de los trastornos del sueño comienzan en la adolescencia y continúan en años posteriores^{1,2}.

La privación de sueño es la ausencia de una duración de sueño adecuada según el rango de edad. Tiene implicaciones a nivel de salud pública por el impacto en aspectos tan importantes como el estado de ánimo y el rendimiento académico y laboral. Hábitos poco saludables, horarios de trabajo prolongados o desajustados con el ritmo circadiano y a menudo incompatibles con las obligaciones familiares pueden ser la causa de esta privación. La persistencia de falta de horas de sueño puede producir un síndrome de sueño insuficiente cuando no es posible mantener un adecuado estado de alerta durante el día y se puede dar, además, somnolencia diurna en situaciones y momentos no deseados. Hay una clara evidencia del riesgo que implica sobre los accidentes de tráfico, siendo responsable de estos en un 10-30 % de los casos, mostrando un mayor riesgo en adultos varones jóvenes, sobre todo si padecen apneas del sueño^{3,4}.

Además, está cada vez más reconocida la asociación a largo plazo del mal descanso nocturno con un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y metabólicas^{5,6,7}.

Los estudios publicados a gran escala en jóvenes están mayoritariamente enfocados a población adolescente y analizan variables como la alteración del estado de ánimo/estrés⁸, el rendimiento académico⁹ y la adicción a internet¹⁰. En cambio, la franja de edad entre los 18 y los 34 años es una población menos estudiada, que podría tener un especial interés por el cambio de etapa vital debido a que a nivel social pueden tener un mayor grado de

independencia y de responsabilidades. Conocer los hábitos más prevalentes en esta franja de edad y su repercusión sobre el sueño, así como las consecuencias de un sueño insuficiente sobre otros aspectos de la salud y el bienestar, podría dar lugar a una mayor concienciación sobre la importancia del sueño. Promover el desarrollo de hábitos de sueño saludables en la población joven podría ayudar a reducir la prevalencia de futuros trastornos del sueño y sus patologías derivadas.

Definiciones

Trastorno de insomnio

El insomnio, definido como síntoma, es la dificultad para iniciar, mantener el sueño o despertar antes de lo que se desearía. Cuando esta dificultad para dormir causa síntomas diurnos en distintas áreas del funcionamiento se denomina *síndrome de insomnio*¹¹, que es clínicamente relevante cuando ocurre al menos tres días a la semana. El trastorno de insomnio se define cuando lo anterior no ocurre por una falta de oportunidad para dormir ni se debe a otros trastornos del sueño u otras enfermedades. Es el trastorno del sueño más común.

Según estudios poblacionales, hasta un 40 % de la población adulta experimenta síntomas de insomnio^{12,13} y, en España (2018-2019), un 14 % cumple criterios de trastorno de insomnio crónico (TIC)¹³. Esta cifra duplica la encontrada veinte años atrás¹⁴. El mayor incremento se ha producido en el segmento de edad de los adultos jóvenes (18-34 años).

El insomnio constituye un problema con un alto impacto económico en salud pública, tanto en gastos directos como indirectos por falta de productividad, riesgo de accidentes laborales y de tráfico, mayor tendencia a enfermar y mala calidad de vida¹⁵.

Sueño insuficiente

El sueño insuficiente es común en la sociedad moderna y puede deberse a una variedad de factores, incluidas exigencias laborales, responsabilidades sociales y familiares, afecciones médicas y trastornos del sueño, pero también como elección personal mediada por una abundante oferta de ocio digital y el escaso tiempo libre. Cuando se da esta última situación, hacemos referencia al término bautizado en inglés como *revenge bedtime procrastination* (su traducción sería procrastinación a la hora de acostarse por venganza), que es el hábito de alargar de forma consciente la hora de ir a dormir para compensar la falta de tiempo personal durante el día, aun sabiendo las consecuencias negativas que puede tener.

La prevalencia de sueño insuficiente, definido como sueño más corto de lo recomendable para la edad (en adultos considerado un mínimo de 7 horas), ha sido estudiada mediante encuestas poblacionales, y afecta a un 24-37 % de la población^{16,17,18}. Sin embargo, el sueño insuficiente hay que distinguirlo del síndrome de sueño insuficiente (SSI), ya que el primero no tiene por qué implicar el segundo, que requiere la presencia de dificultades diurnas a consecuencia del escaso sueño nocturno. Su prevalencia no es tan conocida, porque no hay estudios en los que se incluyan preguntas directas sobre los criterios diagnósticos específicos de SSI, sino que se basan en una duración del sueño menor a lo esperado para la edad.

Síndrome de retraso de fase

El síndrome de retraso de fase (SRF) es una alteración del ciclo de sueño-vigilia que se caracteriza por un retraso en el mismo con respecto al ciclo día/noche. Se debe a la falta de sincronización de los ritmos circadianos internos con el ciclo ambiental de luz y oscuridad. Los individuos afectados habitualmente se duermen y se despiertan mucho más tarde de lo convencional o deseado, lo que les causa dificultades cuando deben cumplir un horario que interfiere con este patrón. En ausencia de obligaciones, la duración del sueño sería normal para el rango de edad.

La prevalencia de este trastorno es máxima en adolescentes y adultos jóvenes, con una prevalencia del 3,3 % en los adultos jóvenes, según un estudio a gran escala poblacional noruego mediante encuestas en el que participaron 50.050 jóvenes de 18-35 años¹⁹.

Objetivos

Primarios

- Identificar los hábitos de sueño de la población joven española (de 18 a 34 años de edad).
- Estimar la prevalencia de TIC, SRF y SSI en este grupo de población.

Secundarios

- Analizar los factores sociodemográficos, hábitos de sueño y de estilo de vida asociados a posibles trastornos de sueño.

Metodología

Diseño

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta estructurada *online* (metodología cuantitativa CAWI - Computer Assisted Web Interviewing) autoadministrada y creada *ad hoc*.

Muestra

3.405 residentes de España seleccionados de forma aleatoria y estratificada por sexo, grupos de edad y comunidad autónoma. La muestra fue reclutada desde diversas bases de datos de internet auditadas y validadas.

Cronograma

Preparación del proyecto: noviembre de 2022-abril de 2023.

Estudio de campo (realización de las entrevistas): mayo-junio de 2023.

Análisis de los datos recogidos: julio-septiembre de 2023.

Redacción de la memoria del estudio: octubre-noviembre de 2023.

Encuesta

Bloque 1: datos sociodemográficos (12 ítems).

Bloque 2: hábitos de sueño (38 ítems), entre los que se incluyen hábitos horarios, hábitos en la cama, uso de dispositivos con pantalla y criterios diagnósticos de trastornos de sueño.

Bloque 3: hábitos de vida y estado de salud (25 ítems).

Análisis estadístico

Análisis univariante para describir los principales hallazgos de frecuencia y porcentaje y bivalente para evaluar si dos variables estaban relacionadas, considerando el p-valor de significación estadística en $< 0,05$.

Principales hallazgos

Los encuestados españoles, de 18 a 34 años, de la muestra de este estudio:

- Consideran, en su mayoría, que dormir es tan importante como la alimentación o el ejercicio físico. Sin embargo, más de la mitad (61 %) admite restar horas de sueño para ocio u otras actividades de interés por la falta de tiempo personal durante la jornada (*revenge bedtime procrastination*) y un 33 % duerme de forma insuficiente (< 7 horas).
- Se suelen acostar entre las 22:00 y las 00:00 los días víspera de laborable y entre las 23:00 y las 02:00 los días víspera de festivo. Los hombres y la franja de 18 a 29 años son los que se acuestan más tarde. Las mujeres y los jóvenes de 30-34 años son los que se levantan más pronto.
- Duermen una media de 7,6 horas al día (7,2 horas la víspera de laborable y 8,8 horas la víspera de festivo).
- Habitualmente, no duermen siesta, pero si lo hacen (30 %), suele ser más en días libres. En la mitad, la duración es de 15-45 minutos, y en el 44 %, > 45 minutos, con una media de 50 minutos de duración.
- Tienen un hábito muy común (83 %) de uso de dispositivos electrónicos con pantalla en la cama antes de dormirse, con un tiempo medio de uso de 48,6 minutos.
- Indican, en la mitad de los casos, tardar más de una hora en dormirse, pero destaca una hora de diferencia también entre la hora a la que se acuestan y la que consideran que realmente están listos para dormir (sin ningún otro que-hacer) y de casi una hora de uso de pantallas en la cama.
- Refieren dificultades para levantarse por las mañanas en la mitad de los casos, requiriendo el uso de alarma o de alguien que les despierte en un 77 % de los casos.
- Afirman tener la oportunidad y tiempo suficientes para dormir en la mayoría de los casos. Los encuestados de la franja de 24 a 34 años son los que más admiten no tenerlos.
- Si tienen hijos, refieren tener un sueño fragmentado por cuidado de estos en la mitad de los casos, siendo más frecuente en las mujeres.
- Confirman haber sufrido un accidente de tráfico por falta de sueño en un 15 % de los casos, ya sea por somnolencia (8 %) o por desatención (7 %). Los hombres, los jóvenes de 18-23 años y los que presentan sintomatología de AOS (apneas obstructivas del sueño) son los que más accidentes por este motivo admiten.
- Afirman consumir, como sustancia estimulante más frecuente a diario, el café, con el objetivo de permanecer despiertos en el 43 %.
- Refieren consumir alcohol al menos una vez al mes en un 39 % de los casos. Destaca una minoría, pero destacable 10 %, de consumo por la noche para ayudar a conciliar el sueño.
- Indican un consumo de sustancias ilegales al menos una vez al mes en un 8 % en el caso de cannabis (con un 63 % de uso para favorecer el sueño) y en un 6 % en las drogas psicoestimulantes tipo cocaína (con un 63 % de uso para mantenerse despierto). El alcohol y las drogas ilegales descritas son más consumidas por los hombres. Aunque se consume más alcohol que cannabis, este último se consume en mayor medida como ayuda para dormir.
- Refieren consumir remedios sin receta como ayuda para dormir en un 15 % de los casos, aunque

habitualmente lo hacen menos de una vez a la semana. Un 9 % usa fármacos con receta habitualmente de forma semanal.

- Confirman tener un problema de salud mental diagnosticado en un tercio de los casos, siendo la ansiedad el más frecuente, seguido de la depresión. Un 19 % atribuye su problema de salud mental como causa de su sintomatología de insomnio.
- Refieren alguno de los síntomas nocturnos o diurnos de síndrome de insomnio en un 83 y 87 %, respectivamente, siendo la prevalencia de los que cumplirían criterios diagnósticos de TIC del 12,8 %, después de excluir la falta de oportunidad/tiempo y condiciones adecuadas para dormir, y que los síntomas sean atribuidos a otra causa (una enfermedad médica, problema de salud mental o consumo de medicamentos/drogas). Los factores asociados a TIC son: el sexo femenino, tendencia a hábitat rural, el horario de trabajo por la tarde y un menor tiempo al aire libre, con exposición a la luz del sol, en días laborables.
- Muestran sintomatología compatible con SSI en un 3,8 % de los casos. Se observan como factores asociados: el rango intermedio de edad (24-29 años), vivir en localidades urbanas de > 500.000 habitantes, tener hijos a cargo, el trabajo nocturno y los turnos rotatorios, el hábito de siesta (compensatoria), el uso de pantallas antes de acostarse, la sustitución voluntaria de horas de sueño por ocio, el consumo de sustancias estimulantes para mantenerse despiertos, la práctica de ejercicio físico a última hora de la tarde (> 19 h) y la alimentación autocalificada como poco o nada saludable.
- Refieren sintomatología compatible con SFR en un 6,8 % de los casos. Los factores asociados son: la edad de 24 a 29 años, el perfil estudiantil, vivir solos en una vivienda, sustituir horas de sueño por ocio, el cronotipo vespertino, un menor tiempo medio de exposición a la luz del sol, la práctica de ejercicio físico a última hora de la tarde (> 19 h) y el nerviosismo, estrés y desánimo.
- Afirman ser roncadores y tener apneas (según testigo de su sueño) en un 11 %, tener además somnolencia diurna y, por tanto, sintomatología sugestiva de AOS en un 1,9 %. Los factores sociodemográficos asociados son el sexo

masculino y los tramos de mayor edad, observando un mayor porcentaje de obesidad.

- Indican síntomas que podrían ser compatibles con SPI (síndrome de piernas inquietas) en un 33 %, aunque no se puede estimar la prevalencia de la entidad por falta de criterios diagnósticos incluidos.

Por CC. AA.:

- La Rioja presenta más encuestados que duermen < 7 horas, un uso más frecuente de pantallas por la noche, más consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias estimulantes, hipnóticos y remedios sin receta para dormir y reconocimiento de un accidente de tráfico por falta de sueño.
- El País Vasco muestra más encuestados que afirman acostarse más tarde los días laborables y un consumo más habitual de alcohol. Por el contrario, destacan más encuestados que refieren un entorno con condiciones adecuadas para dormir.
- Navarra presenta más encuestados que trabajan por turnos o con horario irregular, que consumen café y sustancias estimulantes de abuso, más sueño fragmentado por cuidado de hijos, más reconocimiento de un accidente de tráfico por falta de sueño y sintomatología de posible AOS. No obstante, muestran una percepción de salud física y mental como muy buena y más práctica de ejercicio físico regular.
- Aragón cuenta con más encuestados que consumen tabaco y café, así como mayor prevalencia de sintomatología de SRF y AOS. Por otro lado, refieren buen entorno y condiciones adecuadas para dormir.
- Cataluña indica más encuestados que se levantan pronto los días libres, con sueño frecuentemente fragmentado por cuidado de hijos, más nerviosismo y desánimo, y más prevalencia de TIC. Destaca un uso más frecuente de filtros de luz en las pantallas por la noche.
- La Comunidad Valenciana muestra más encuestados que duermen de forma insuficiente (< 7 horas), que se levantan pronto los días laborables, que trabajan por turnos o con horario irregular, que consumen fármacos hipnóticos y

otros remedios sin receta para dormir y que refieren sintomatología de posible AOS.

- La Región de Murcia cuenta con más encuestados que hacen uso de pantallas por la noche, sin otras diferencias destacables en hábitos de sueño.
 - Andalucía presenta más encuestados que refieren ir a dormir más tarde la víspera de día libre, con más uso de pantallas por la noche, más estado de desánimo y más prevalencia de SRF.
 - Extremadura muestra más encuestados que afirman dormir la siesta, sin otras diferencias destacables.
 - Castilla y León presenta más encuestados que se acuestan tarde y que se despiertan pronto los días que tienen una ocupación, con más consumo de alcohol, estado de desánimo y sintomatología de posible AOS. Por otro lado, refieren buen entorno y condiciones adecuadas para dormir y usan con más frecuencia filtros de luz en las pantallas por la noche.
 - Madrid cuenta con más encuestados que indican consumo de té, práctica habitual de ejercicio físico y menos accidentes de tráfico por falta de sueño. Por otro lado, se observa menos oportunidad y tiempo para dormir, así como condiciones menos óptimas en cuanto a un entorno adecuado.
 - Castilla-La Mancha indica más encuestados que afirman consumir bebidas energéticas con cafeína, con más prevalencia de SRF y de sueño insuficiente (< 7 horas). Refieren, no obstante, buen entorno y condiciones adecuadas para dormir.
 - Galicia presenta más encuestados con trabajo en horario nocturno. Sin embargo, hay menos
- hábito de dormir la siesta y menos accidentes de tráfico por falta de sueño, así como un uso más frecuente de filtros de luz en las pantallas por la noche.
- El Principado de Asturias muestra más encuestados que indican dormir de forma insuficiente (< 7 horas), con más tiempo de uso de dispositivos electrónicos con pantalla antes de dormir. Por otro lado, afirman más práctica de ejercicio físico habitual y, a pesar de dormir de forma insuficiente por la noche, tienen menos hábito de siesta.
 - Cantabria cuenta con más encuestados que indican dormir de forma insuficiente (< 7 horas), que se acuestan tarde los días que al día siguiente tienen libre y tienen menos hábito de siesta. No obstante, refieren buen entorno y condiciones adecuadas para dormir.
 - Baleares presenta más encuestados que duermen de forma insuficiente (< 7 horas), que se despiertan pronto y se acuestan tarde las vísperas de días libres, con menos oportunidad y tiempo para dormir, menos costumbre de siesta, más trabajo irregular y que incluye horario nocturno, entorno menos adecuado para dormir, consumo de bebidas energéticas con cafeína y cannabis, estrés y nerviosismo, sueño fragmentado por cuidado de hijos y accidentes de tráfico por falta de sueño.
 - Canarias muestra más encuestados que duermen de forma insuficiente (< 7 horas), que se despiertan pronto los días libres, con más uso de pantallas por la noche, turnos de trabajo irregulares, consumo de té, refrescos de cola con cafeína, bebidas energéticas con cafeína, cannabis e hipnóticos, estado de desánimo, accidentes de tráfico por falta de sueño y sintomatología de posible AOS.

1. Introducción

El sueño tiene un papel fundamental en el mantenimiento de la salud y el bienestar. Los hábitos de sueño poco saludables en la población joven pueden desencadenar problemas de sueño a largo plazo. De hecho, una parte de los trastornos del sueño comienzan en la adolescencia y continúan en años posteriores^{1,2}.

La privación de sueño es la ausencia de una duración de sueño adecuada según el rango de edad. Tiene implicaciones a nivel de salud pública por el impacto en aspectos tan importantes como el estado de ánimo y el rendimiento académico y laboral. Hábitos poco saludables, horarios de trabajo prolongados o desajustados con el ritmo circadiano y a menudo incompatibles con las obligaciones familiares pueden ser la causa de esta privación. La persistencia de falta de horas de sueño puede producir un síndrome de sueño insuficiente cuando no es posible mantener un adecuado estado de alerta durante el día y se puede dar, además, somnolencia diurna en situaciones y momentos no deseados. Hay una clara evidencia del riesgo que implica sobre los accidentes de tráfico, siendo responsable de estos en un 10-30 % de los casos, mostrando un mayor riesgo en adultos varones jóvenes, sobre todo si padecen apneas del sueño^{3,4}.

Además, está cada vez más reconocida la asociación a largo plazo del mal descanso nocturno con un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas y metabólicas^{5,6,7}.

Los estudios publicados a gran escala en jóvenes están mayoritariamente enfocados a población adolescente y analizan variables como la alteración del estado de ánimo/estrés⁸, el rendimiento académico⁹ y la adicción a internet¹⁰. En cambio, la franja de edad entre los 18 y los 34 años es una población menos estudiada, que podría tener un especial interés por el cambio de etapa vital debido a que a nivel social pueden tener un mayor grado de independencia y de responsabilidades. Conocer los hábitos más prevalentes en esta franja de edad y su repercusión

sobre el sueño, así como las consecuencias de un sueño insuficiente sobre otros aspectos de la salud y el bienestar, podría dar lugar a una mayor concienciación sobre la importancia del sueño. Promover el desarrollo de hábitos de sueño saludables en la población joven podría ayudar a reducir la prevalencia de futuros trastornos del sueño y sus patologías derivadas.

1.1. Trastorno de insomnio

El insomnio, definido como síntoma, es la dificultad para iniciar, mantener el sueño o despertar antes de lo que se desearía. Cuando esta dificultad para dormir causa síntomas diurnos en distintas áreas del funcionamiento se denomina *síndrome de insomnio*¹¹, que es clínicamente relevante cuando ocurre al menos tres días a la semana. El trastorno de insomnio se define cuando lo anterior no ocurre por una falta de oportunidad para dormir ni se debe a otros trastornos del sueño u otras enfermedades. Es el trastorno del sueño más común.

Según estudios poblacionales, hasta un 40 % de la población adulta experimenta síntomas de insomnio^{12,13} y, en España (2018-2019), un 14 % cumple criterios de trastorno de insomnio crónico (TIC)¹³. Esta cifra duplica la encontrada veinte años atrás¹⁴. El mayor incremento se ha producido en el segmento de edad de los adultos jóvenes (18-34 años).

El insomnio constituye un problema con un alto impacto económico en salud pública, tanto en gastos directos como indirectos por falta de productividad, riesgo de accidentes laborales y de tráfico, mayor tendencia a enfermar y mala calidad de vida¹⁵.

A pesar de los cambios que se han realizado en los sistemas de clasificación del trastorno de insomnio a lo largo del tiempo, hay tres características principales que han permanecido: la dificultad para dormir, que haya una oportunidad adecuada para dormir y

los síntomas diurnos asociados. Aunque la definición de trastorno de insomnio exige que se excluyan otros procesos como causa del problema, las clasificaciones permiten el diagnóstico de trastorno de insomnio comórbido con esos otros procesos, cuando el insomnio es tan relevante que merece un diagnóstico y tratamiento propio.

Los criterios diagnósticos del TIC, según la ICSD-3 TR (The International Classification of Sleep Disorders, Third Edition, Text Revision) son (se deben cumplir todos):

- A. Uno o más de los siguientes: dificultad para iniciar el sueño; dificultad para mantener el sueño; despertar antes de lo esperado; resistencia a acostarse en un horario adecuado; dificultad para dormir sin la presencia o intervención de los padres o cuidadores.
- B. Uno o más de los siguientes (relacionados con la dificultad para dormir por la noche): fatiga/malestar; atención, concentración o memoria afectadas; deterioro del rendimiento social, familiar, ocupacional o académico; somnolencia diurna subjetiva; problemas de conducta como irritabilidad, impulsividad o agresividad; motivación/energía/iniciativa reducidas; propensión a accidentes; preocupación o insatisfacción con el sueño.

- C. Las quejas de sueño-vigilia reportadas no pueden explicarse únicamente por oportunidades inadecuadas (es decir, tiempo asignado para dormir) o circunstancias inadecuadas (falta de seguridad, oscuridad, tranquilidad, comodidad) para dormir.
- D. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados ocurren al menos tres veces por semana.
- E. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados han estado presentes al menos tres meses.
- F. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados no se deben únicamente a otro trastorno del sueño, enfermedad, trastorno mental o uso de medicamentos/drogas.

1.2. Sueño insuficiente

El sueño insuficiente es común en la sociedad moderna y puede deberse a una variedad de factores, incluidas exigencias laborales, responsabilidades sociales y familiares, afecciones médicas y trastornos del sueño, pero también como elección personal mediada por una abundante oferta de ocio digital y el escaso tiempo libre.



La prevalencia de sueño insuficiente, definido como sueño más corto de lo recomendable para la edad (en adultos considerado un mínimo de 7 horas), ha sido estudiada mediante encuestas poblacionales, y afecta a un 24-37 % de la población^{16,17,18}. Sin embargo, el sueño insuficiente hay que distinguirlo del síndrome de sueño insuficiente (SSI), ya que el primero no tiene por qué implicar el segundo, que requiere la presencia de dificultades diurnas a consecuencia del escaso sueño nocturno. Su prevalencia no es tan conocida, porque no hay estudios en los que se incluyan preguntas directas sobre los criterios diagnósticos específicos de SSI, sino que se basan en una duración del sueño menor a lo esperado para la edad.

El SSI es reconocido por la ICSD-3 TR como un trastorno del sueño caracterizado por excesiva somnolencia diurna debida a una duración de sueño reducida, casi cada día, al menos durante tres meses. Los criterios diagnósticos actuales son (se deben cumplir todos):

- A. Tener periodos diarios de necesidad incontrolable de dormir (somnolencia diurna).
- B. El tiempo de sueño del paciente, por antecedentes personales, registros de sueño o actigrafía, suele ser más corto de lo esperado para la edad.
- C. El patrón de sueño reducido está presente la mayoría de los días durante al menos tres meses.
- D. Para despertarse necesita medidas tales como despertador o que otra persona lo despierte y generalmente duerme más cuando no se utilizan dichas medidas, como los fines de semana o las vacaciones.
- E. La extensión del tiempo total de sueño da como resultado la resolución de los síntomas de somnolencia.
- F. Los síntomas y los signos no se explican mejor por un trastorno del ritmo circadiano del sueño-vigilia y otro trastorno del sueño actual, una enfermedad, un trastorno mental o el uso o abstinencia de medicamentos/drogas.

1.3. Síndrome de retraso de fase

El síndrome de retraso de fase (SRF) es una alteración del ciclo de sueño-vigilia que se caracteriza por un retraso en el mismo con respecto al ciclo día/noche. Se debe a la falta de sincronización de los ritmos circadianos internos con el ciclo ambiental de luz y oscuridad. Los individuos afectados habitualmente se duermen y se despiertan mucho más tarde de lo convencional o deseado, lo que les causa dificultades cuando deben cumplir un horario que interfiere con este patrón. En ausencia de obligaciones, la duración del sueño sería normal para el rango de edad.

La prevalencia de este trastorno es máxima en adolescentes y adultos jóvenes, con una prevalencia del 3,3 % en los adultos jóvenes, según un estudio a gran escala poblacional noruego mediante encuestas en el que participaron 50.050 jóvenes de 18-35 años¹⁹.

Los criterios diagnósticos del SRF, según la ICSD-3 TR son (se deben cumplir todos):

- A. Hay un retraso significativo en la fase del episodio principal de sueño en relación con el tiempo de sueño deseado o requerido y el tiempo de despertar, como lo demuestra una queja crónica o recurrente por parte del paciente o de un cuidador de incapacidad para conciliar el sueño y dificultad para despertarse a la hora deseada o requerida.
- B. Los síntomas están presentes durante al menos tres meses.
- C. En libertad de horarios tendrán una mejor calidad y duración del sueño para la edad y mantendrán una fase retrasada del patrón de sueño-vigilia de 24 horas.
- D. El registro del sueño, y siempre que sea posible, la monitorización actigráfica, durante al menos siete días (preferiblemente 14 días) demuestran un retraso en periodo de sueño habitual. Dentro de este seguimiento deberán incluirse tanto los días laborables/escolares como los días libres.
- E. La alteración del sueño no se explica mejor por otro trastorno del sueño actual, enfermedad, trastorno mental o uso de medicamentos/drogas.

1.4. Diagnóstico diferencial

Para distinguir los diferentes trastornos de sueño tendremos que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- *Trastorno de insomnio*: es involuntario, pues la capacidad para dormir está alterada, aun teniendo la oportunidad de dormir lo suficiente, a diferencia del SSI, que es voluntario, donde la duración corta del sueño se debe a la falta de oportunidad para dormir, ya sea por necesidad o por elección. El insomnio, además, es un síntoma transdiagnóstico, pues puede aparecer en otros trastornos del sueño (como los que se mencionan a continuación), en enfermedades médicas (dolor crónico, nicturia, reflujo gastroesofágico), en trastornos mentales (ansiedad, depresión) o en procesos fisiológicos (como los sofocos durante la menopausia).
- *Síndrome de retraso de fase (SRF)*: se debe diferenciar del TIC ya que pueden referir dificultad para conciliar el sueño, pero esta es debida a un retraso circadiano, y además también referirán dificultad para despertarse por la mañana a horas convencionales. El SRF también puede simular un SSI, ya que en el SRF se puede dar una falta de sueño cuando las obligaciones (estudios, trabajo, familia u otras) requieren despertarse más temprano de lo habitual para el individuo.
- *Short sleeper o dormidor corto* (variante de la normalidad): personas que de forma fisiológica no precisan más de 6 horas de sueño nocturno, sin manifestaciones diurnas (no refieren somnolencia, fatiga o problemas de rendimiento debido a la falta de sueño) ni consecuencias a largo plazo.
- *Síndrome de piernas inquietas (SPI)*: es un síndrome sensitivo y motor en el que la persona siente molestias, habitualmente en las piernas, que ocurren o empeoran al atardecer o por la noche, con el reposo. Puede interferir en la capacidad para conciliar el sueño, pero esta entidad se identificará por la presencia de molestia e inquietud en las piernas en reposo, de predominio vespertino, y la mejoría con el movimiento.
- *Apneas obstructivas del sueño (AOS)*: las pausas respiratorias por obstrucción parcial o total de la vía aérea superior pueden dar lugar a despertares frecuentes durante la noche, sin darse cuenta de que el despertar fue precedido por una pausa en la respiración. Es frecuente, principalmente en hombres, la asociación con somnolencia diurna. En caso de sospecha, deben realizarse pruebas complementarias confirmatorias. Hay que tener en cuenta, no obstante, que el insomnio y la AOS pueden coexistir en un 30-40 %²⁰, bautizado con el término COMISA (Co-Morbid Insomnia and Sleep Apnea).

2. Objetivos

2.1. Primarios

- Identificar los hábitos de sueño de la población joven española (de 18 a 34 años de edad).
- Estimar la prevalencia de TIC, SRF y SSI en este grupo de población.

2.2. Secundarios

- Analizar los factores sociodemográficos, hábitos de sueño y de estilo de vida asociados a posibles trastornos de sueño.



3. Metodología

3.1. Diseño de investigación

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta estructurada *online* (metodología cuantitativa CAWI - Computer Assisted Web Interviewing) autoadministrada y creada *ad hoc*. En la encuesta se recogieron datos sociodemográficos y clínicos sobre hábitos de sueño y de estilo de vida, así como sintomatología compatible con algunos trastornos del sueño, entre los que se encuentran el TIC, el SSI y el SRF, siguiendo los criterios diagnósticos de la ICSD-3 TR. El tiempo estimado para responder el cuestionario completo fue de 12 minutos.

3.2. Ámbito

El estudio se realizó a nivel nacional, exceptuando Ceuta y Melilla (por falta de disponibilidad de muestra), tomando una muestra aleatoria estratificada de población española reclutada desde diversas bases de datos de internet auditadas y validadas. La muestra no tuvo ningún tipo de seguimiento una vez finalizada la encuesta.

3.3. Cronograma

- Revisión del tema, elaboración del proyecto y revisión en Comité Ético hospitalario evaluador externo: noviembre de 2022-febrero de 2023.
- Aprobación del proyecto, firma de convenio de colaboración (SEN-SES) y del contrato con Fundación MAPFRE: marzo-abril de 2023.
- Estudio de campo (realización de las entrevistas): mayo-junio de 2023.
- Supervisión de los datos recogidos y su consistencia y análisis de la información: julio-septiembre de 2023.

- Redacción de la memoria del proyecto: octubre-noviembre de 2023.

3.4. Participantes y diseño muestral

Se realizó un muestreo probabilístico de una base de datos de consumidores de internet de 227.543 españoles/as válidos que se inscriben voluntariamente para formar parte de paneles de consumidores para realizar estudios de investigación (mayores de 18 años, que no hayan completado ninguna encuesta en los últimos meses) obteniendo una muestra aleatorizada estratificada.

Se estimó un tamaño muestral necesario de 3.400 encuestas (error muestral $\pm 1,71$ % para $p = 1 = 50$ % con un 95 % de intervalo de confianza), con el objetivo de obtener una representatividad estadística de las diferentes comunidades autónomas de España.

Previamente a la invitación, se seleccionó de forma aleatoria simple y estratificada por sexo, edad (rango de 18 a 34 años) y comunidad autónoma (CA), según el padrón. Se planteó un diseño proporcional a fin de obtener un número suficiente de entrevistas por cada CA para disponer de representatividad estadística de cara a una lectura de datos en todas ellas. Se realizó ponderación por sexo, edad y comunidad con el fin de obtener resultados representativos del universo (según últimos datos poblacionales publicados por el Instituto Nacional de Estadística [INE] a fecha de 18 de noviembre de 2022).

Se eligieron hombres y mujeres entre 18 y 34 años hasta completar las cuotas para cada comunidad autónoma en función del sexo y los grupos de edad establecidos (18-23, 24-29, 30-34).

A este grupo preseleccionado, se le envió una invitación para participar en el estudio, que requirió de un registro web donde se recopilaron datos

sociodemográficos básicos. Los participantes recibieron un incentivo por unirse al estudio que consistía en puntos canjeables por obsequios, siendo el número de puntos recibido proporcional a la longitud y complejidad de la encuesta final. La invitación inicial no contenía información sobre el tipo de encuesta o incentivo, pero sí del tiempo estimado para completar el cuestionario.

A medida que se completaba la cantidad de muestra necesaria para cada estrato, se cancelaba el resto de las invitaciones de dicho estrato, aunque se hubiera aceptado su participación.

3.5. Desarrollo de la encuesta

La encuesta se dividió en tres bloques, con un total de 75 preguntas, algunas de las cuales incluyeron preguntas subordinadas, que solo aparecían en los casos necesarios (condicionadas a la respuesta de preguntas anteriores). La encuesta completa se adjunta en el anexo 1.

La mayoría de las preguntas fueron cerradas, dando opción a respuesta única o múltiple, según la pregunta, pero también se realizaron algunas preguntas con respuesta en formato numérico. Antes de lanzar la encuesta a la muestra, se realizó una prueba piloto en 100 jóvenes para verificar la comprensión de las preguntas y el correcto funcionamiento técnico de la programación del cuestionario.

Bloque 1. Datos sociodemográficos (12 ítems):

- Sexo
- Edad
- Provincia
- Comunidad autónoma
- Tamaño de hábitat (número de habitantes de la localidad donde reside)

- Nivel de estudios terminados
- Situación sociolaboral
- Rendimiento académico
- Ingresos mensuales
- Convivencia en el hogar (vivienda compartida o no y con quien)
- Hijos a cargo
- Edad de estos (condicionado a la pregunta anterior)
- Datos antropométricos (peso y talla)

Bloque 2. Hábitos de sueño (38 ítems):

- *Opinión sobre el sueño:* se preguntó sobre la percepción personal sobre el sueño, la importancia del sueño y la sensación subjetiva de calidad del mismo.
- *Hábitos horarios:* se preguntó sobre el tipo de rendimiento (pregunta 19 del Cuestionario de Matutinidad-Vespertinidad de Horne y Östberg), los hábitos horarios nocturnos en días laborables y festivos*, la latencia de sueño, los hábitos horarios diurnos (siesta) y la duración de esta (preguntas adaptadas del PSQI - Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y del MCTQ - Munich ChronoType Questionnaire), los hábitos en la cama, entre ellos el uso de dispositivos electrónicos, y el hábito de alargar la hora de ir a dormir para compensar la falta de tiempo personal durante el día (manifestación denominada en inglés *Revenge bedtime procrastination*).
- *Criterios diagnósticos:* se incluyeron preguntas en referencia a todos los criterios diagnósticos según la ICSD-3 TR de TIC, SRF y SSI (ver el anexo 2). También se preguntó sobre síntomas sugestivos de AOS y SPI y otros trastornos del sueño diagnosticados con anterioridad. A los jóvenes con

* Por una parte, se realizó una pregunta de las horas de sueño de respuesta binaria (< 7 horas o ≥ 7 horas) para poder obtener posteriormente la prevalencia de sueño insuficiente. Se estableció el punto de corte de 7 horas dado que es el mínimo de horas de sueño recomendadas por la *National Sleep Foundation* para la franja de edad de la muestra. Por otra parte, se preguntó sobre los hábitos horarios de sueño nocturno, para poder estimar posteriormente la media de horas dedicadas a dormir, en base a un peso del 71 % para los días laborables (5/7 días a la semana) y de un 29 % para los días libres (2/7 días a la semana).

hijos se les preguntó sobre el posible impacto en el sueño por el cuidado de estos por la noche.

Bloque 3. Hábitos de vida y estado de salud (25 ítems):

- Horarios habituales de trabajo u otras obligaciones (estudio, tareas domésticas), concretando también si el horario era irregular/rotatorio o incluía turno de noche.
- Hábito de consumo de sustancias estimulantes o depresoras, especificando frecuencia, cantidad y, en algunos casos, su posible motivo de consumo en relación al sueño (para mantenerse despierto o para ayudar a dormir).
- Hábito de realizar actividad física, el horario de esta y su influencia sobre el sueño. También se preguntó sobre la sensación subjetiva de salud física.
- Como otros hábitos de estilo de vida, se preguntó sobre el tipo de alimentación (estableciendo como alimentación *muy saludable* la recomendada por la Organización Mundial de la Salud²¹) o la exposición a la luz solar.
- Sobre el estado psicológico, se preguntó sobre el nivel de estrés (extraída de la pregunta 4 del PSS – Perceived Stress Scale), el ánimo para las actividades cotidianas (adaptación de la pregunta 9 del PSQI) y los trastornos de salud mental diagnosticados.

3.6. Aspectos éticos

El protocolo del estudio y la documentación de protección de datos de las empresas involucradas fue revisado y aprobado como apto en el Comité Ético de Investigación del Instituto de Investigación e Innovación Parc Taulí (I3PT).

De acuerdo al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 que entró en vigor el 25 de mayo de 2018 (Reglamento General de Protección de Datos GDPR), la empresa que proporcionó “el panel” –Bilendi S.A.– fue considerada la responsable del tratamiento de los datos personales de los panelistas (participantes del estudio), y la empresa Actual Research

(representada por María Teresa Fernández Heras) fue considerada responsable o representante del responsable del tratamiento de los datos.

En la presente investigación, los participantes, al inscribirse en la base de datos, tuvieron que aceptar de forma explícita la política de confidencialidad, privacidad y protección de datos de la empresa que gestiona la base de datos de la comunidad de internautas velando por su integridad y seguridad.

Los participantes tuvieron que aceptar la invitación para participar en proyectos de investigación en general, y un consentimiento informado específico para participar en la presente investigación. En la información proporcionada para el consentimiento informado, se permitía el acceso a la información general del estudio, el tiempo estimado de respuesta a la encuesta, el uso anonimizado de los datos, los posibles riesgos y los beneficios de su participación a través de incentivos en forma de puntos acumulables y canjeables por diversos regalos, requiriéndose, antes de continuar con el proceso de participación, señalar de forma explícita la naturaleza voluntaria de la participación y autorizar el uso de datos anonimizados recuperados en la encuesta con fines de investigación.

3.7. Potenciales sesgos y mecanismos empleados para evitarlos

Los resultados pueden verse afectados por los sesgos típicos de los estudios transversales similares y por los sesgos propios de este estudio, considerándose como posibilidad:

- *Sesgo de voluntariado (sesgo de selección)*: dada la naturaleza del panel *online* empleado por la predisposición e incentivos de los encuestados, es posible que los resultados se vean afectados por este sesgo. Para tratar de evitarlo, se realizó una selección aleatoria de participantes que no hubieran realizado una encuesta en los últimos meses.
- *Sesgo de representatividad*: por tratarse de una muestra de conveniencia. No obstante, la condición de internautas jóvenes, a nivel nacional, actualmente es tan frecuente que, a pesar de que la muestra solo incluya internautas, se considera que puede ser representativa de la población general.

- *Sesgo de respuesta*: se produciría cuando los participantes contestaran de una manera que no refleja con precisión la realidad. Para tratar de reducirlo, se revisó que las preguntas fueran lo más claras y específicas posible y que no condujeran a una respuesta en particular.
- *Sesgo de no respuesta*: para evitar que muchos de los contactados no quisieran participar, se usó un sistema de incentivos, así como una duración de la encuesta limitada a 12 minutos.
- *Sesgo de desgaste*: existiría en la medida en que los sujetos que aceptaran la encuesta no la completaran. Para asegurar una cantidad de muestra adecuada para los objetivos de la investigación, se incrementó el tamaño muestral, se evitó una duración demasiado larga de la encuesta y preguntas con terminología técnica o poco claras. También se mitigaron otros factores que podrían suscitar abandonos (a pesar de anonimidad de la encuesta), como, por ejemplo, preguntas incómodas o comprometidas relacionadas con el consumo de tóxicos, incluyendo la opción de contestar “NS/NC”.
- *Sesgo de memoria*: siendo un sesgo típico en los estudios transversales y de encuestas, es posible que los participantes recuerden o no, de forma diferente, lo que realmente ocurrió, por lo que se evitó preguntar sobre acontecimientos que ocurrieron más de 3 meses antes de la realización de la encuesta.
- *Sesgo de medición*: al ser una encuesta creada *ad hoc* y no validada, se desconoce su validez y confiabilidad al 100 %, por lo que se trabajarán con prudencia los datos que se deriven de su aplicación. No obstante, gran parte de las preguntas del bloque de hábitos de sueño son datos que se extraen normalmente de una entrevista médica sobre patología del sueño, así como de los criterios diagnósticos del ICSD-3 TR o de otros cuestionarios de sueño validados (MEQ, MCTQ, PSQI).
- *Error muestral en subgrupos*: es posible que no se obtenga una muestra suficiente para algunos subgrupos de edad. Por ejemplo, en alguna comunidad autónoma, si segmentamos el sexo y, *a posteriori*, la edad, se puede esperar un error muestral por encima del 8 %. Estos datos de subgrupos no se usaron para hacer comparaciones.

3.8. Análisis de datos y métodos estadísticos

Se registró el número de invitaciones enviadas, el índice de rechazo (personas que no aceptan), el de abandonos (personas que aceptan pero no completan el cuestionario) y el de potenciales participantes a los que se les interrumpió el cuestionario por haberse completado la cuota o el estrato.

Se revisó la validez de los datos, descartando aquellas encuestas en las que el tiempo por respuesta era menor al esperado para leer la pregunta y responder consciente y coherentemente (preguntas pensadas antes de contestar). Se revisó teniendo en cuenta la duración media de cada pregunta, considerando todas las respuestas de los entrevistados a cada una de las preguntas, y se eliminó aquellos cuestionarios que se alejaban de la media por debajo.

En el análisis descriptivo univariante se utilizó la frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. Usando el test de Kolmogorov-Smirnov se comprobó la normalidad de las variables cuantitativas y se usó la media y desviación estándar (distribución normal) o la mediana y rango intercuartílico (cuando la distribución no cumplía criterios de normalidad). Para el análisis bivalente, se usó el test t-Student para variables cualitativas y cuantitativas. El programa utilizado fue IBM SPSS Statistics 25. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

4. Resultados

4.1. Caracterización de la muestra

Se enviaron 26.407 invitaciones de encuesta, de las que se aceptaron 13.400. De ellas, 694 personas abandonaron el proceso sin completar la encuesta y 769 no pudieron completarla por cuotas cerradas.

Finalmente, se obtuvo una muestra de 3.405 encuestas completadas y validadas (error muestral $\pm 1,68$ % para $p = q = 50$ % con un 95 % de intervalo de confianza).

4.2. Datos sociodemográficos y antropométricos

La muestra quedó constituida por 3.405 participantes (50 % hombres, 50 % mujeres), con una edad media de 26,3 años (DE 4,76). En la tabla 1 se especifica el número de entrevistas según sexo, edad y comunidad autónoma, con el error muestral asociado, y en la tabla 2 la ponderación de la muestra según los últimos datos del padrón español del INE.

Tabla 1. Distribución de participantes por sexo, edad y comunidad autónoma, junto al error muestral de cada subgrupo

SEXO	% entrevistas	N.º entrevistas	Error muestral
Hombre	50 %	1.702	$\pm 2,43$ %
Mujer	50 %	1.703	$\pm 2,43$ %
EDAD			
18-23 años	33,3 %	1.135	$\pm 2,97$ %
24-29 años	33,3 %	1.135	$\pm 2,97$ %
30-34 años	33,3 %	1.135	$\pm 2,97$ %
CC. AA.			
Andalucía	5,88 %	201	$\pm 7,07$ %
Aragón	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Asturias	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Baleares, islas	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Canarias	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Cantabria	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Castilla y León	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Castilla-La Mancha	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Cataluña	5,88 %	201	$\pm 7,07$ %
Comunidad Valenciana	5,88 %	201	$\pm 7,07$ %
Extremadura	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Galicia	5,88 %	201	$\pm 7,07$ %
Madrid, Comunidad de	5,88 %	201	$\pm 7,07$ %
Murcia	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Navarra	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
País Vasco	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %
Rioja, La	5,88 %	200	$\pm 7,07$ %

Fuente: elaboración propia.

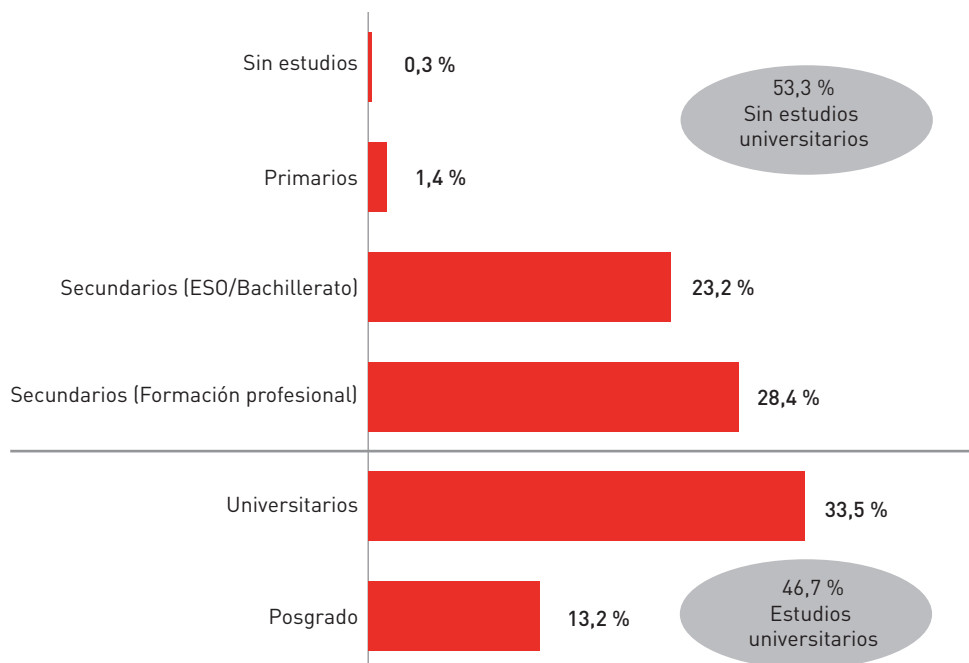
Tabla 2. Ponderación según datos de la población española de 18 a 34 años publicados en el INE (18 de diciembre de 2022)

SEXO	N.º de personas	Distribución porcentual (= variable de ponderación de la muestra)
Hombre	4.538.348	51,0 %
Mujer	4.362.853	49,0 %
EDAD		
18-23 años	3.039.431	34,1 %
24-29 años	3.067.577	34,5 %
30-34 años	2.794.193	31,4 %
CC. AA.		
Andalucía	1.636.632	18,4 %
Aragón	238.936	2,7 %
Asturias	140.245	1,6 %
Baleares, islas	249.264	2,8 %
Canarias	443.538	5,0 %
Cantabria	92.550	1,0 %
Castilla y León	369.280	4,1 %
Castilla-La Mancha	386.424	4,3 %
Cataluña	1.550.090	17,4 %
Comunidad Valenciana	960.679	10,8 %
Extremadura	188.945	2,1 %
Galicia	410.513	4,6 %
Madrid, Comunidad de	1.371.696	15,4 %
Murcia	313.162	3,5 %
Navarra	124.445	1,4 %
País Vasco	369.617	4,2 %
Rioja, La	55.185	0,6 %

Fuente: elaboración propia.

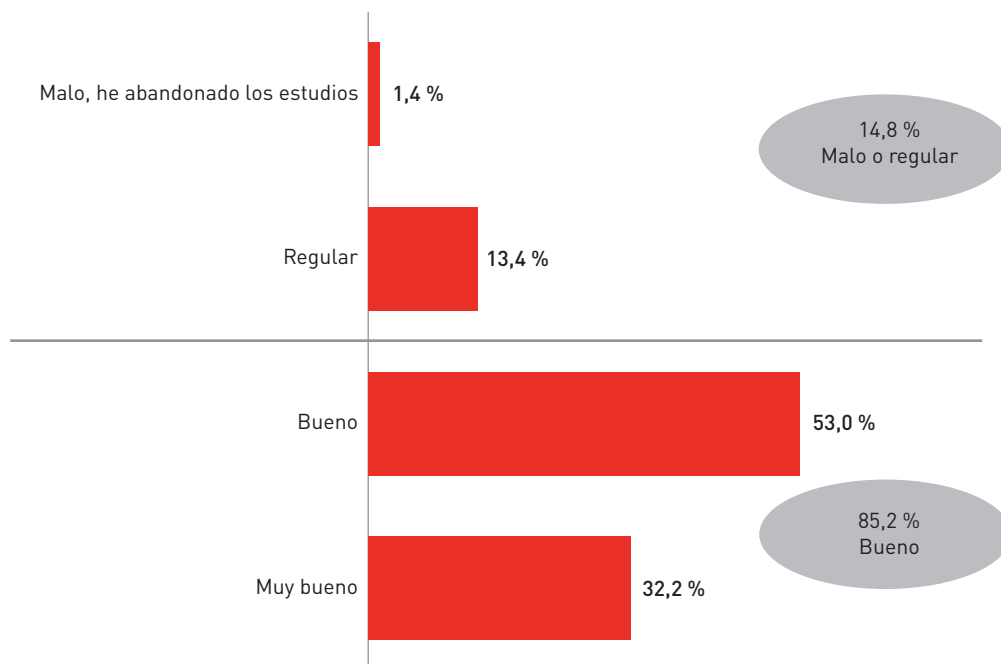
El 47 % de la muestra refirió tener estudios universitarios y un 85 % reconoció un rendimiento académico bueno o muy bueno (ver figura 1 y 2).

Figura 1. Nivel de estudios



Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Rendimiento académico

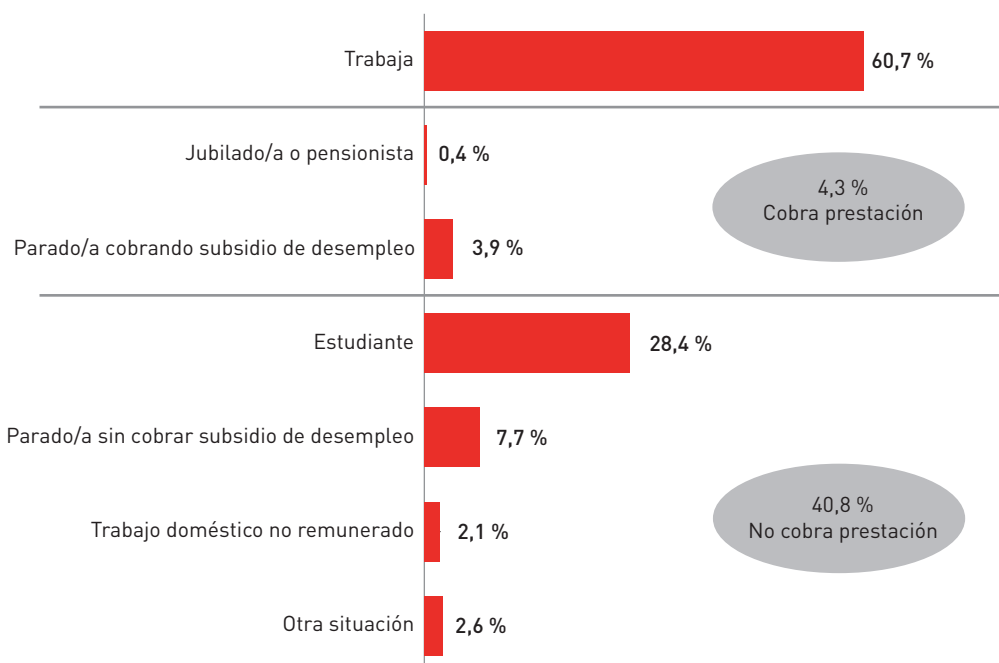


Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la ocupación, el 28 % de la muestra refirió ser estudiante y el 61 % respondió que trabaja, con un 4,4 % que compaginaba estudios y trabajo

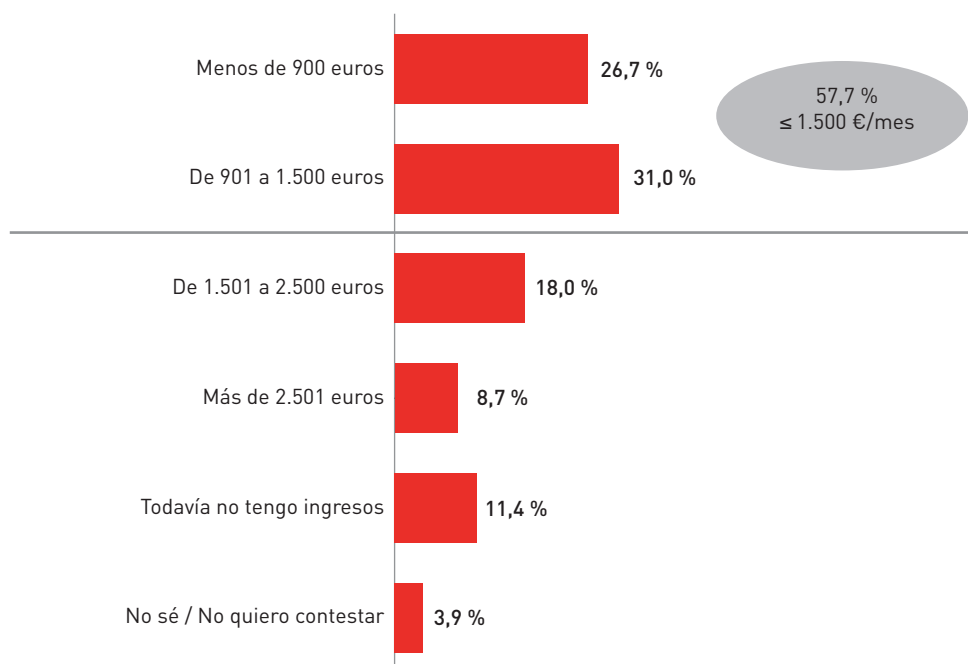
(ver figura 3). El salario era de ≤ 1.500 €/mes en más de la mitad de la muestra (58 %) (ver figura 4).

Figura 3. Ocupación



Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Nivel de ingresos



Fuente: elaboración propia.

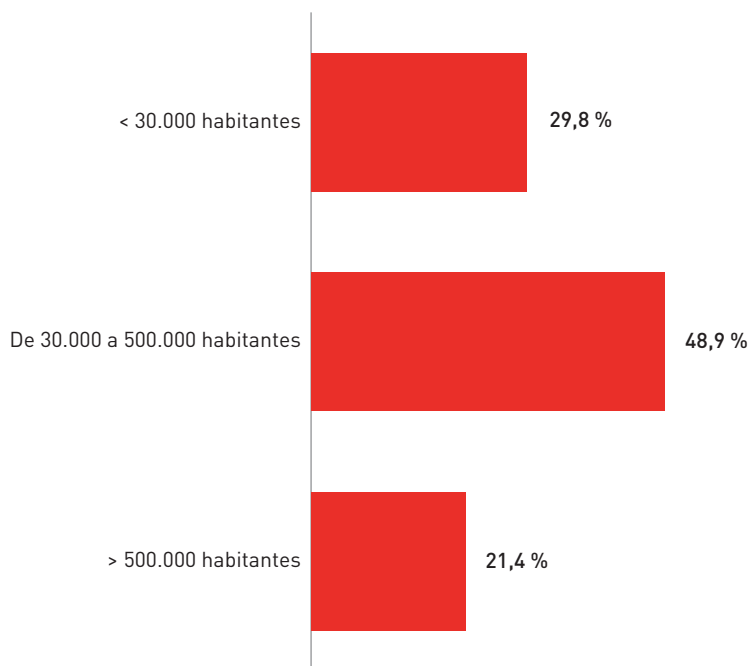
La mayoría de los participantes (70 %) viven en núcleos urbanos de > 30.000 habitantes, frente a un 30 % que habitan en poblaciones más rurales de < 30.000 habitantes (ver figura 5).

En mayor medida, los jóvenes de la muestra viven con sus padres (u otros familiares) en un 43 % de

los casos, seguido de un 25 %, que lo hacen en una vivienda compartida en pareja (ver figura 6).

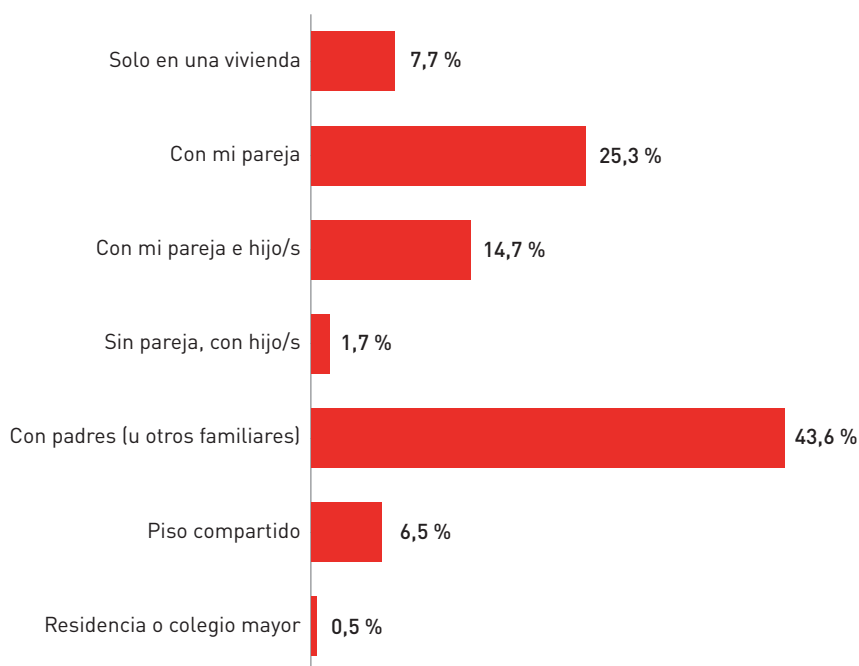
Un 20,5 % de la muestra tiene hijos (en promedio, 1,47 hijos), que, en su mayoría (62 %), se encuentran en edad preescolar (≤ 5 años) (ver figura 7).

Figura 5. Tamaño de hábitat

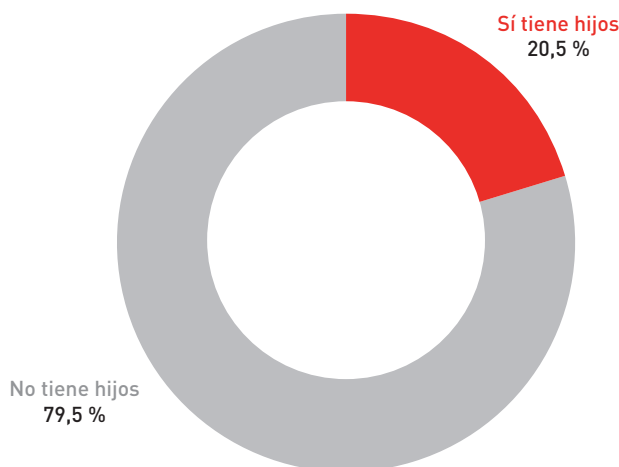


Fuente: elaboración propia.

Figura 6. Situación del hogar



Fuente: elaboración propia.

Figura 7. Tendencia de hijos

Fuente: elaboración propia.

En base al peso y la talla se ha calculado el índice de masa corporal (IMC) de los integrantes de la muestra, observando un 35 % de exceso de peso (24 % sobrepeso, 11 % obesidad). El resto se reparten mayoritariamente en peso normal (58 %), con un 6 % de bajo peso.

4.3. Hábitos de sueño

4.3.1. Opinión sobre el sueño

Globalmente, los jóvenes encuestados consideran que dormir es tan importante como la alimentación o el ejercicio físico (70 % “muy de acuerdo”), siendo las mujeres y los > 24 años los más concienciados. Destaca, en cambio, que solo un 24 % admite dormir bien y lo suficiente.

4.3.2. Hábitos horarios

La pregunta sobre cronotipo muestra unos resultados con tendencia a la preferencia matutina (65 %), pero bastante heterogéneos con un porcentaje no despreciable de tendencia a la vespertinidad (claramente matutino 26 %, más matutino que vespertino 39 %, más vespertino que matutino 27,5 % y claramente vespertino 7,5 %). No existen diferencias de cronotipo entre sexos, pero sí en edad, siendo los de la franja de menor edad (de 18 a 23 años) los que más preferencia vespertina tienen (40 %), y los de mayor edad (30 a 34 años) los que más preferencia matutina tienen (70 %).

La franja horaria más frecuente a la que la población de la muestra se va a la cama los días en los que al día siguiente tiene una ocupación es entre las 22:01 y las 23:00 horas (31 %), seguida de entre las 23:01 y las 24:00 horas (25 %) y entre las 21:01 y las 22:00 horas (10 %).

Los días víspera de no laborables, se retrasa la franja horaria más frecuente de acostarse a entre las 00:01 y las 01:00 horas (20 %), seguida de entre las 23:01 y las 00:00 horas (19 %). Se observa un destacable 16 % entre las 01:01 y las 02:00 horas de la madrugada y un 8 % entre las 02:01 y las 03:00 horas. La franja entre las 22:01 y las 23:00 horas, que era la más frecuente en días laborables, se reduce estos días hasta el 8 %.

Al preguntar sobre la hora a la que están listos para dormir (sin ningún otro quehacer), los resultados de franja horaria son similares, pero existen 44,42 minutos de media de diferencia entre la hora de acostarse y la hora de estar listo/a para dormir (sin ningún otro quehacer) en los días con ocupación y 1 hora y 15 minutos en los días libres.

Los hombres y la franja de edad de 18 a 29 años son quienes se acuestan y quienes están listos para dormir (sin ningún otro quehacer) más tarde, tanto los días de trabajo (o entre semana), como los días libres.

En coherencia con los resultados de la hora de acostarse, las mujeres y los jóvenes de 30 a 34 años son los subgrupos que se despiertan más temprano tanto los días que tienen una ocupación como los que al día siguiente lo tienen libre.

En el análisis por CC. AA., los encuestados de Castilla y León y País Vasco son quienes más tarde se van a la cama cuando al día siguiente tienen una ocupación. Mientras que los participantes de Cantabria, Baleares y Andalucía son los que más tarde lo hacen cuando al día siguiente tienen libre.

Los jóvenes de la encuesta refieren que tardan > 15 minutos en la mayoría de los casos (77 % los días ocupados, 74 % los días libres) desde que se van a la cama, con propósito de dormir y otras actividades, hasta que se duermen, destacando una duración de > 60 minutos en casi la mitad de los casos. La distribución por franjas de duración en días con ocupación es del 2 % < 5 minutos, 21 % 5-15 minutos, 24 % 16-30 minutos, 3 % 31-59 minutos y 50 % > 60 minutos; y en días libres, 4 % < 5 minutos, 22 % 5-15 minutos, 24 % 16-30 minutos, 3 % 31-59 minutos y 47 % > 60 minutos. Los hombres y los jóvenes de 18 a 29 años, refieren tardar más en quedarse dormidos.

Como es esperable, los jóvenes encuestados se despiertan mucho antes los días que al día siguiente tienen una ocupación. La mayoría (67 %) se despierta entre las 6:01 y las 9:00 horas (29 % de 6:01 a 7:00, 28 % de 7:01 a 08:00 y 10 % de 8:01 a 9:00 horas); del resto, un 23 % lo hace más tarde de las 9:00 horas y un 10 %, antes de las 06:00 horas. En los días libres, la mayoría (58 %) retrasa el momento del despertar a la franja entre las 8:01 y las 11:00 de la mañana (20 % de 8:01 a 9:00, 23 % de 9:01 a 10:00 y 15 % de 10:01 a 11:00 horas); del resto, un 19 % lo hace antes de las 08:00 horas y un 23 %, más tarde de las 11:00 horas. Los resultados son similares al preguntar a la hora a la que se levantan, por lo que podríamos inferir que no suelen permanecer muchos minutos en la cama una vez que se despiertan.

Respecto a diferencias por CC. AA., los jóvenes de Castilla y León y C. Valenciana se despiertan antes los días que tienen una ocupación y en los días libres lo hacen más pronto los de Baleares, Cataluña y Canarias.

Lo habitual es que los jóvenes de la muestra no duerman siesta (70 %). Si lo hacen es solo en los días libres (43 %) o tanto en días de diario como libres (35 %). La media de tiempo destinado es de

50,1 minutos, la mediana de 45 minutos y su distribución por rango de duración es la siguiente: < 15 minutos, un 7 %; entre 15 y 45 minutos, un 49 %, y > 45 minutos, un 44 %. No hay diferencias entre sexos, excepto en los días laborables, en los que los hombres sí duermen más la siesta. Por rango de edad, los más jóvenes son los que más frecuentemente duermen siesta (*siempre o casi siempre* un 33 % entre 18-23 años, un 30 % entre 24-29 años y un 27 % entre 30-34 años). Las CC. AA. donde más se duerme la siesta son La Rioja y Extremadura, y aquellas en las que menos se hace, Galicia, Cantabria, Asturias y Baleares.

4.3.3. Hábitos de sueño nocturno

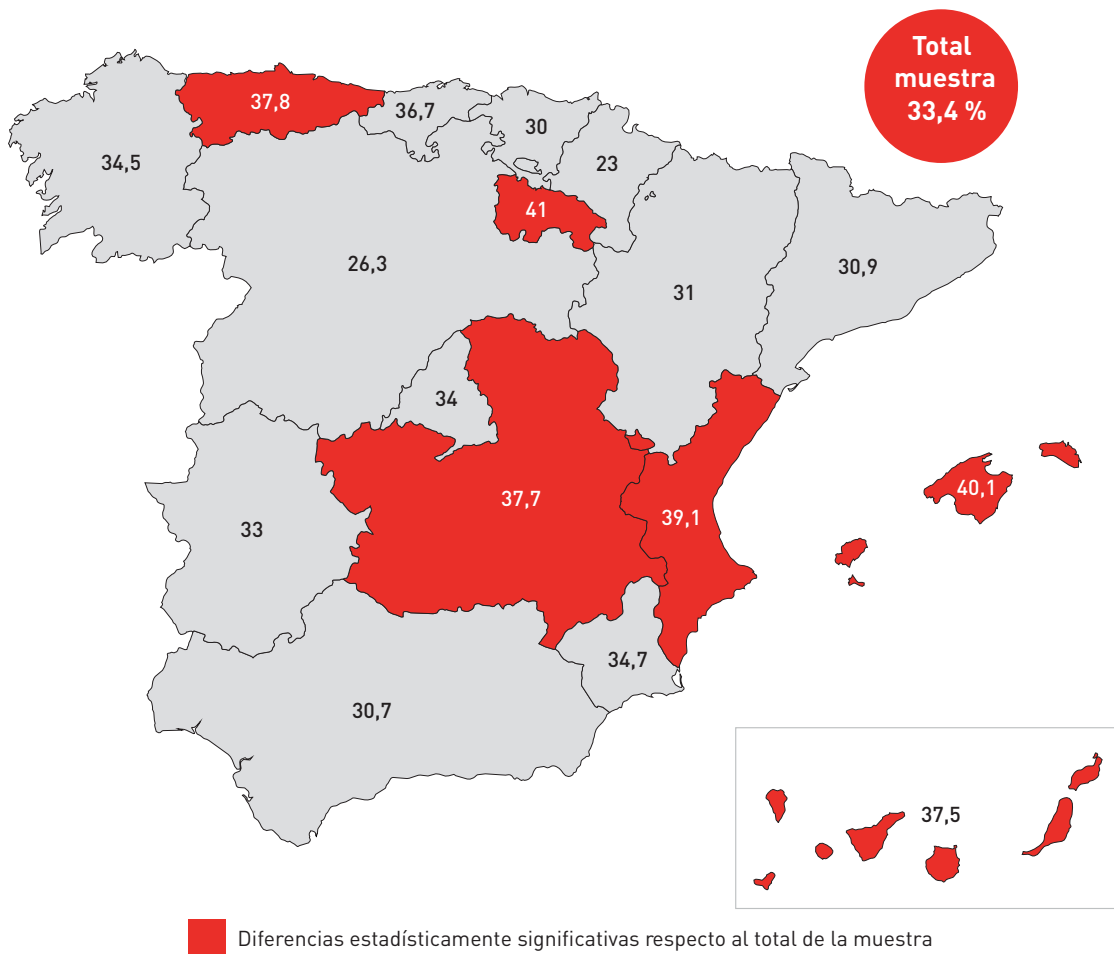
La estimación subjetiva que hacen los encuestados de las horas de cama dedicadas a dormir es de ≥ 7 horas en un 67 %, con una media de horas de sueño de 7,6 horas (7,35 h los días con ocupación al día siguiente y 8,78 h los días previos a uno libre).

No se observan diferencias significativas entre sexos y la franja de más edad (30-34 años) es en la que hay más participantes que no duermen lo recomendado (37 % < 7 horas).

Las CC. AA. en las que duermen < 7 horas en mayor medida son La Rioja, Baleares, C. Valenciana, Asturias, Castilla-La Mancha y Canarias (ver figura 8).

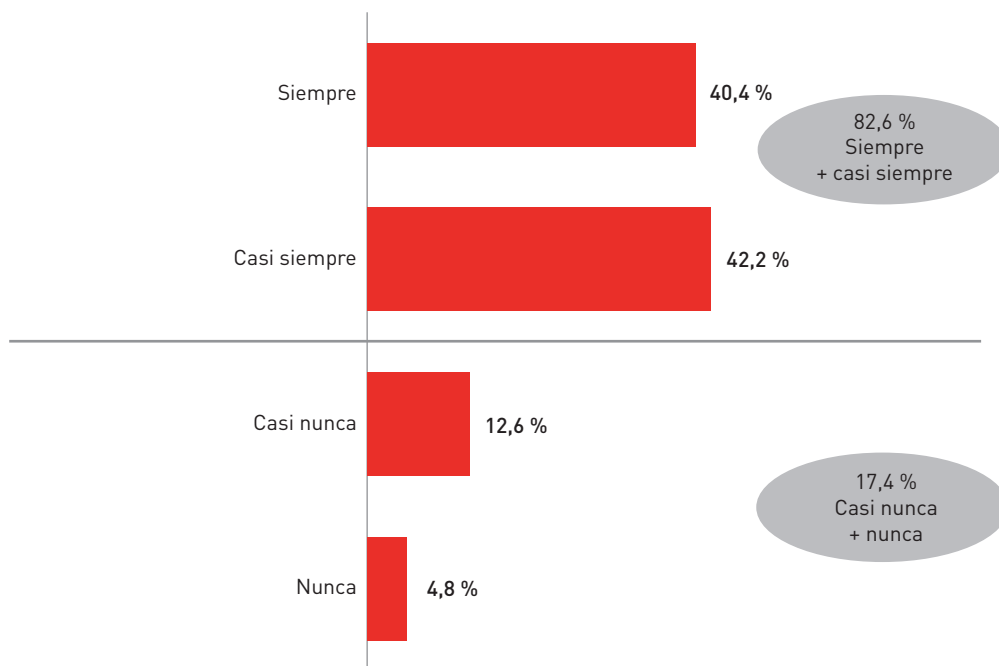
La cama es utilizada para actividades diferentes de dormir o el sexo (como, por ejemplo, el entretenimiento, leer, estudiar, comer o charlar) en el 61 % de los casos. El empleo de dispositivos electrónicos con pantallas (incluyendo móvil, *tablet*, ordenador o TV) es un hábito común en la gran mayoría de los jóvenes de la muestra (83 %), con un tiempo medio de uso en la cama antes de dormirse de 48,6 minutos (ver figuras 9 y 10). Las mujeres y los jóvenes de 18 a 23 años y, en segundo lugar, los de 24 a 29 años son los perfiles más dados a mirar pantallas. Canarias, Andalucía, Murcia y La Rioja son las comunidades autónomas que más usan los dispositivos electrónicos con pantallas en la cama antes de dormir. La Rioja, Canarias y Asturias son las comunidades autónomas en las que se usan los dispositivos electrónicos durante más tiempo.

Figura 8. Sueño insuficiente (< 7 horas de sueño)

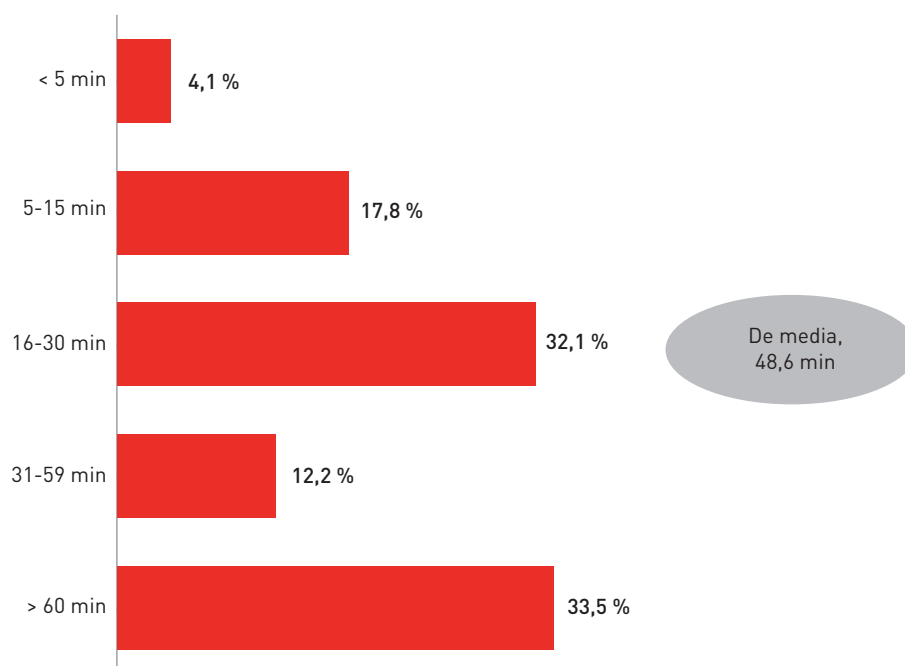


Fuente: elaboración propia.

Figura 9. Frecuencia de uso de dispositivos electrónicos con pantalla



Fuente: elaboración propia.

Figura 10. Tiempo de uso de dispositivos electrónicos con pantalla

Fuente: elaboración propia.

Los jóvenes de la muestra restan horas de sueño nocturno en casa para dedicarlas a ocio u otras actividades que les interesen para compensar la falta de tiempo personal durante el día en más de la mitad de los casos (61 %), siendo los hombres y los jóvenes de 18 a 29 años los que más lo hacen.

La mayoría de los jóvenes no refieren despertares nocturnos (61 %), mientras que el 39 % sí indican despertares frecuentes (más las mujeres y el tramo de 30 a 34 años). Un 27 % admitió distraerse con pantallas de dispositivos en los despertares (más los hombres y los jóvenes de 18 a 23 años). La comunidad autónoma en la que se refirieron más despertares nocturnos y un mayor uso de pantallas durante los mismos fue La Rioja.

A pesar del amplio uso de dispositivos electrónicos con pantallas, un 59 % de los jóvenes adoptan medidas para mitigar el impacto nocturno de estas mediante la “activación de la función filtro de luz” o el uso de dispositivos de “tinta digital”. No hay diferencias entre sexos, y los jóvenes de 24 a 29 años, seguidos de los de 18 a 23 años, son los que más lo hacen. Castilla y León, Galicia y Cataluña son las comunidades autónomas donde más se activa el filtro de luz.

4.4. Hábitos de vida y estado de salud

4.4.1. Horario de actividades cotidianas

Entre un 14 y un 44 % de los jóvenes de la muestra hace alguna de sus actividades cotidianas en horario de noche (entendido entre las 22:00 y las 6:00 horas). Las tareas domésticas son las actividades que más frecuentemente se realizan por la noche (44 %), seguidas del estudio (20 %) y el trabajo (14 %).

Los jóvenes de edad intermedia (24-29 años) son los que más estudian por la noche (28 %), mientras que el trabajo nocturno es más frecuente entre los 18-23 años (18,5 %). No se observan diferencias entre sexo en el trabajo nocturno. Las CC. AA. en las que más jóvenes trabajan en horario de noche son Baleares (24 %) y Galicia (22 %).

Hasta un tercio de los jóvenes de la muestra trabajan en turnos rotatorios/horario irregular (31 %), sin diferencias entre sexos, y con mayor porcentaje en los más jóvenes (18-23 años, 40 %). Las CC. AA. en las que más jóvenes trabajan por turnos o con horario irregular son Baleares (48 %), Navarra

(45 %), C. Valenciana (43 %) y Canarias (42 %). Es posible que en Baleares el trabajo irregular y el nocturno sean más frecuentes debido a la alta tasa de trabajo en la rama del turismo.

4.4.2. Consumo de sustancias estimulantes

El consumo de bebidas estimulantes en los jóvenes de la muestra es la siguiente:

- *Café*: lo consumen un 62 %, con la siguiente frecuencia de consumo: baja (no diariamente) el 31 %, media (1-3 unidades/día) el 59 % y alta (> 3 unidades/día) el 10 %.
- *Té*: lo consumen un 35 %, con la siguiente frecuencia de consumo: baja (no diariamente) el 67 %, media (1-3 unidades/día) el 26 % y alta (> 3 unidades/día) el 7 %.
- *Refrescos de cola con cafeína*: los consumen un 46 %, con la siguiente frecuencia de consumo: baja (no diariamente) el 76 %, media (1-3 unidades/día) el 19 % y alta (> 3 unidades/día) el 5 %.
- *Bebidas energéticas con cafeína "tipo Red Bull"*: las consumen un 25 %, con la siguiente frecuencia de consumo: baja (no diariamente) el 87 %,

media (1-3 unidades/día) el 12 % y alta (> 3 unidades/día) el 1 %.

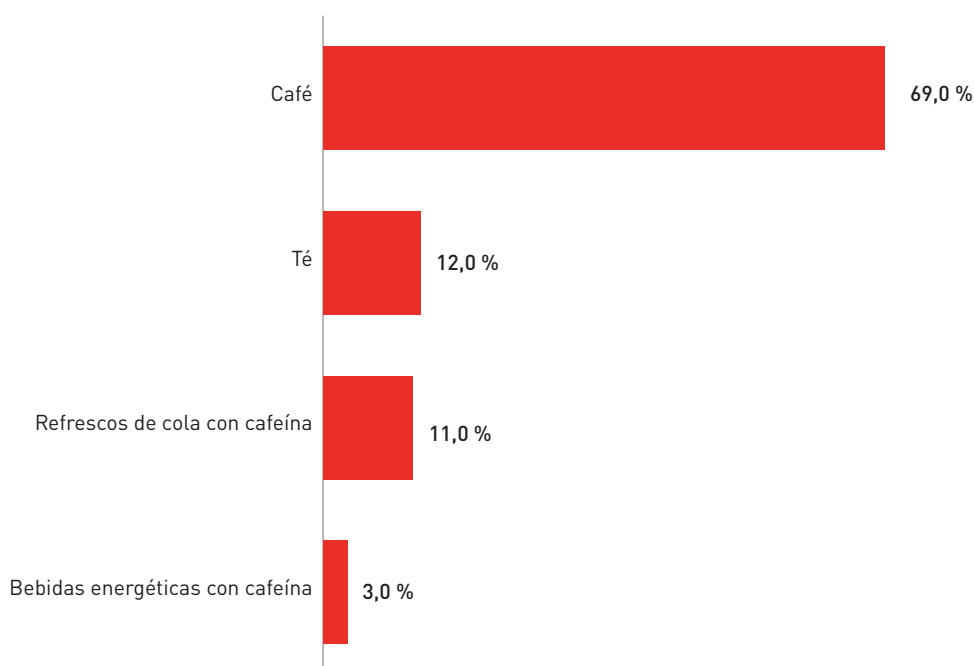
Aunque el café sea la bebida estimulante más frecuentemente consumida, no se consume habitualmente en cantidades significativamente elevadas (solo un 6 % de la muestra consume más de 3 cafés al día). La figura 11 resume la frecuencia de consumo diario de bebidas estimulantes.

En cuanto al tabaco, un 19 % de los participantes de la muestra refieren consumirlo a diario.

Las drogas ilegales con efecto psicoestimulante (como la cocaína) son consumidas por un 6 % de los participantes de la muestra en una frecuencia mínima mensual (un 2,4 % lo hacen entre una y varias veces por semana, y un 0,8 % a diario o casi diariamente).

Los hombres y la franja de 24 a 34 años son los que más consumen tabaco y café a diario. En cambio, el té es preferido por las mujeres, siendo también más frecuente en edades intermedias, entre los 24 y los 34 años. Los refrescos de cola con cafeína y las bebidas energéticas con cafeína son más consumidos por los hombres y en la franja más joven, entre los 18 y los 23 años. Otras sustancias estimulantes (como cocaína) también son más consumidas por

Figura 11. Consumo diario de bebidas estimulantes



Fuente: elaboración propia.

hombres, con mayor tendencia en la franja más joven (entre los 18 y los 23 años), no observando en este caso diferencias estadísticamente significativas, probablemente por un número bajo de consumidores en la muestra.

Las CC. AA. en las que hay más jóvenes fumadores son La Rioja (37 %) y Aragón (26 %); las más consumidoras de café son Navarra (72 %) y Aragón (72 %); las de té, Madrid (40 %) y Canarias (42 %); las de refrescos de cola con cafeína, La Rioja (62 %) y Canarias (56 %), y las de bebidas energéticas con cafeína, Canarias (42 %), Castilla-La Mancha (35 %), La Rioja (35 %) y Baleares (32 %). Las CC. AA. en las que más sustancias estimulantes de abuso se consumen son La Rioja (14 %) y Navarra (12 %).

Un 37 % refiere que la razón de consumir las distintas sustancias estimulantes es para mantenerse despierto. Si desglosamos por tipo de sustancia, destaca un 63 % de consumo con este fin entre los que consumen sustancias estimulantes tipo cocaína. Respecto al resto de sustancias, con el mismo motivo de permanecer despierto, el 46 % toma bebidas energéticas con cafeína, seguido del 43 % que ingiere café, el 37 %, cola con cafeína, y el 36 %, té.

4.4.3. Consumo de sustancias depresoras

El alcohol es la sustancia depresora más consumida entre los jóvenes encuestados, refiriendo un 39 % de ellos un consumo de al menos una vez al mes (1,9 % cada día o casi cada día, 12 % 1-3 veces por semana, 25 % 1-3 veces al mes). El consumo de alcohol es más frecuente entre los hombres y el tramo de edad intermedio de 24-29 años, siendo las CC. AA. de Castilla y León (46 %), La Rioja (43 %) y País Vasco (42 %) las que declaran un mayor consumo. En un 10 % de los casos se admite que la razón de consumir alcohol por la noche es para conciliar el sueño.

El cannabis es consumido por un 8 % de los jóvenes (3 % cada día o casi cada día, 1,5 % 1-3 veces por semana y 3 % 1-3 veces al mes). De nuevo, lo consumen más los hombres, sin una franja de edad destacable de mayor consumo de forma global. El consumo declarado aumenta hasta el 15 % en las CC. AA. de Canarias y Baleares. Destaca una mayoría del 63 % que refiere que usan el consumo de cannabis por la noche como ayuda para dormir, ascendiendo al 73 % en la franja de mayor edad (30-34 años).

Un 15 % de los jóvenes afirma consumir remedios sin receta (melatonina, preparados de hierbas, canabidiol, doxilamina...) como ayuda para dormir, habitualmente de forma ocasional (3 % cada día o casi cada día, 4 % 1-3 veces por semana, 8 % 1-3 veces al mes). No hay diferencias en su consumo entre sexos y sí se consume más en la franja más joven, de 18-23 años (19 %). Las CC. AA. con más consumo de este tipo de remedios son La Rioja (22 %) y la C. Valenciana (20 %).

Los fármacos hipnóticos (para dormir) con receta son consumidos por un 9 % de los jóvenes, habitualmente de forma semanal (2 % cada día o casi cada día, 3 % 1-3 veces por semana, 4 % 1-3 veces al mes). El consumo de hipnóticos es algo más frecuente en los hombres (10 %), sin diferencias entre grupos de edad. La Rioja (18 %), la C. Valenciana (15 %) y Canarias (15 %) son las comunidades autónomas con más consumo declarado de hipnóticos.

4.4.4. Práctica de ejercicio y alimentación

Más de un tercio de los jóvenes no practican ejercicio físico ni realizan ningún deporte de forma regular (36 %). En los que sí lo hacen (64 %), la frecuencia de franja horaria es muy similar (33 % mañana, 34 % tarde 16-19 horas, 33 % tarde > 19 horas). La mayoría manifiesta que el ejercicio les ayuda a dormir mejor (70 %).

Los hombres (72 %) son los que más frecuentemente practican ejercicio físico, y por franja de edad, se observa una tendencia a una mayor práctica entre los 18 y los 29 años. Las CC. AA. en las que más encuestados respondieron que practican ejercicio físico habitualmente son Navarra (79 %), Madrid (67 %) y Asturias (67 %).

En cuanto a la alimentación de los jóvenes de la muestra, un 76 % la calificó como saludable (60 %) o muy saludable (16 %), destacando un 24 % que la definió como poco saludable (22 %) o nada saludable (2 %).

No se han detectado diferencias significativas entre sexos en cuanto a la alimentación, pero sí destaca una mayor proporción de jóvenes en la franja de 18-23 años que la autocalificaron como muy saludable (19 %). Por comunidad autónoma, se observa una mayor proporción de encuestados que definieron su alimentación como saludable en Aragón (84 %), Castilla y León (82 %), Murcia (80 %), Cataluña (80 %) y Asturias (80 %).

4.4.5. Estado de salud física

El estado de salud física se definió como muy bueno o bueno en el 65 % de los jóvenes (14 y 51 %, respectivamente), y como regular o malo en un destacable 35 % (30 y 5 %, respectivamente). Hay más mujeres que definieron su salud física como regular, sin diferencias destacables por grupos de edad. El porcentaje de jóvenes del total de la muestra que percibe su salud física como muy buena asciende hasta el 24 % en Navarra.

4.4.6. Tiempo de exposición a la luz del sol

Los jóvenes de la muestra refirieron un tiempo medio de exposición a la luz del sol de 2,5 horas al día en los días laborables y de 3,8 horas al día los días festivos. Los hombres y los jóvenes de 18-23 años son los que más exposición a la luz solar tienen, tanto los días laborables como festivos. Las CC. AA. con más tiempo de exposición a la luz solar son las del norte de España; en días laborables, La Rioja (4 horas/día), País Vasco (3,7 horas/día) y Cantabria (3,8 horas/día), y en días festivos, Cantabria (5,6 horas/día), País Vasco (5,4 horas/día) y Navarra (4,7 horas/día).

4.4.7. Estado de salud mental

Es bastante habitual que los jóvenes se sientan estresados/nerviosos (un 69 % se ha sentido así a menudo en el último mes), a lo que habría que sumarle el sentimiento de desánimo, menos frecuente, pero que afecta a menudo a más de la mitad (58 %). No obstante, en general, la mayoría valora su estado de salud mental como bueno o muy bueno (65 %), y de los que no lo hacen, principalmente lo sitúan como regular (32 %). Al igual que en el estado de salud física, la comunidad autónoma que mejor puntúa su estado de salud mental es Navarra (72 % bueno o muy bueno).

Las sensaciones de nerviosismo/estrés y de desánimo para realizar las actividades cotidianas son más habituales en las mujeres y entre los más jóvenes (18-23 años). Por zona geográfica, los jóvenes catalanes (76 %), canarios (72 %) y balears (72 %) son los que más estrés han sentido en el último mes y, por el contrario, los asturianos y cántabros son los que menos lo han notado (nunca o casi nunca en un 59 y 58 %, respectivamente). En cuanto al desánimo, ha sido más percibido Castilla y León (64 %), Andalucía (63 %) y de nuevo Cataluña (63 %) y Canarias (63 %).

Si preguntamos sobre problemas de salud mental diagnosticados, un 29 % de los jóvenes confirman tener alguno, siendo la ansiedad (21 %) y la depresión (11 %) los más frecuentes, con mayor prevalencia, especialmente de ansiedad, en mujeres.

4.5. Prevalencia de sintomatología de problemas del sueño

4.5.1. Somnolencia diurna

El 75 % de la muestra presenta durante el día momentos con necesidad incontrolable de dormir, un 44,1 % lo atribuyen a un sueño insuficiente la noche anterior y el 31 %, aun habiendo dormido aparentemente lo suficiente. En el 65 % de los casos se recuperan tras dormir más tiempo del habitual o en horario libre de acostarse y levantarse. El 58 % de los jóvenes con somnolencia diurna no consideran que la causa de esta sea un problema de salud mental, un trastorno de sueño diagnosticado, consumo de algún medicamento, alcohol o droga, o una enfermedad. Los hombres y los jóvenes de 18 a 29 años son los que más somnolencia diurna tienen.

4.5.2. Dificultad para levantarse por la mañana

Una amplia mayoría de los jóvenes necesita una alarma o alguien que les despierte por las mañanas (77 %) y un 57 % tiene realmente dificultades para levantarse por las mañanas. Las mujeres y los jóvenes de 18 a 23 años son los que más dificultades presentan para levantarse por las mañanas.

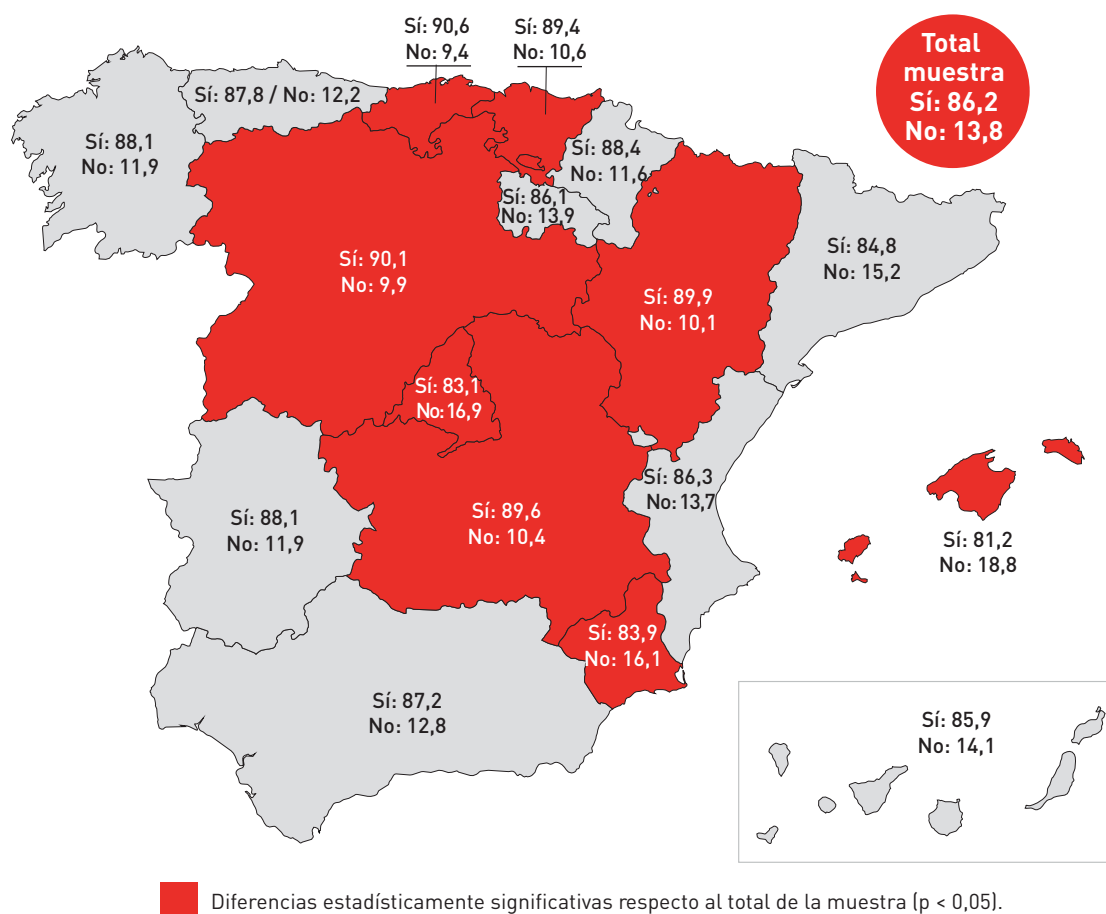
Normalmente, en los días libres, los jóvenes compensan durmiendo más horas (71 %), y tienen sensación de sueño de mejor calidad en el 39 % de los casos.

4.5.3. Condiciones para dormir

La mayoría de los jóvenes de la muestra confirma tener la oportunidad y el tiempo suficiente para dormir (77 %) y dormir en un entorno seguro, oscuro, silencioso y cómodo (86 %).

Los jóvenes de 18 a 23 años son los que con mayor frecuencia confirman tener la oportunidad y tiempo suficientes para dormir. En cuanto al entorno, las mujeres y la franja de 30-34 años son los que

Figura 12. Entorno seguro, oscuro, silencioso y cómodo para dormir



Fuente: elaboración propia.

más presentan condiciones óptimas. Las CC. AA. que destacan por mejor entorno y condiciones adecuadas para dormir son Cantabria, Castilla y León, Aragón, Castilla-La Mancha y País Vasco. Por el contrario, las CC. AA. con más jóvenes que refieren no tener la oportunidad y el tiempo para dormir y además con condiciones menos óptimas son Madrid y Baleares (ver figura 12).

De los 698 jóvenes de la muestra con hijos, la mitad refiere tener un sueño fragmentado (siempre o casi siempre) por cuidado de hijos (52 %), siendo más común en las mujeres (57 %) y en la franja de 29 a 34 años (54 %). Las CC. AA. que más sueño fragmentado por cuidado de hijos tienen son Navarra, Cataluña y Baleares (68, 66 y 61 %, respectivamente).

4.5.4. Síntomas de insomnio

Un destacable 83,5 % de los jóvenes de la muestra tiene alguna sintomatología relacionada con

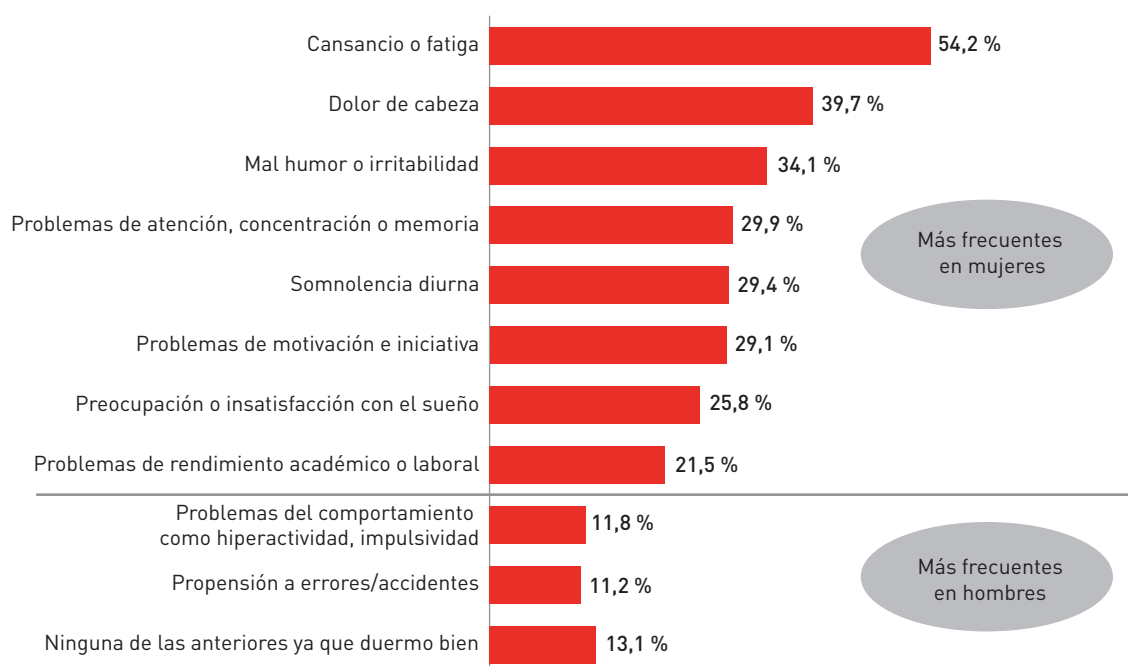
insomnio (un 46 % refirió dificultad para iniciar el sueño, un 36 % informó de despertares durante la noche con dificultad para volver a dormir y un 47 %, despertares más temprano de lo deseado). Solo un 16,5 % indicó dormir bien y no tener ninguna de la sintomatología descrita. Las mujeres y la franja de 18 a 29 años son los que más apuntaron tener dificultades para conciliar el sueño, y la franja de 24 a 34 años, quienes con más frecuencia refirieron tener despertares precoces.

Las principales consecuencias de dormir mal o menos de lo necesario por la noche que identifican los jóvenes de la muestra son: cansancio o fatiga (54 %), dolor de cabeza (40 %), mal humor o irritabilidad (34 %), problemas de atención/concentración/memoria (30 %), somnolencia diurna (29 %), problemas de motivación/iniciativa (29 %), preocupación o insatisfacción con el sueño (26 %), problemas de rendimiento académico o laboral (21,5 %), problemas de comportamiento como hiperactividad o impulsividad (12 %) y propensión a errores

o accidentes [11 %] (ver figura 13). Todos son referidos de forma más frecuente en mujeres, menos los problemas de impulsividad y propensión a errores y accidentes, que son más referidos por hombres. En relación con esta última consecuencia, a

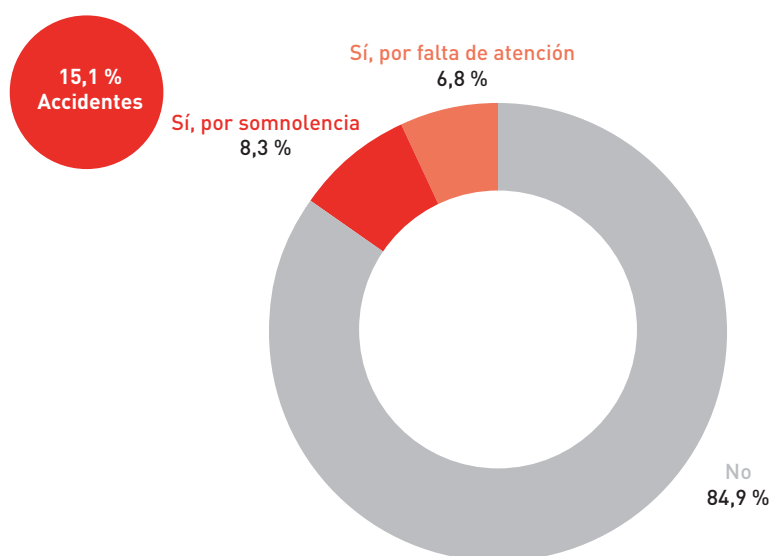
la pregunta directa sobre haber sufrido accidentes de tráfico por falta de sueño contestaron afirmativamente un 15,1 % [6,8 % por falta de atención y 8,3 % por somnolencia] (ver figura 14), siendo mayor en los hombres (20 %), y en los jóvenes de 18 a

Figura 13. Consecuencias diurnas de dormir mal o menos de lo necesario por la noche



Fuente: elaboración propia.

Figura 14. Accidentes de tráfico por falta de sueño



Fuente: elaboración propia.

23 años (17,5 %). Las CC. AA. en las que reconocen más accidentes de tráfico relacionados con la falta de sueño son Navarra (23 %), La Rioja (22 %), Canarias (19,5 %) y Baleares (19 %). Por el contrario, Madrid y Galicia son las que menos accidentes de tráfico por este motivo refieren (10 y 8 %, respectivamente).

Las principales causas a las que los jóvenes atribuyen su sintomatología de insomnio son: un problema de salud mental en un 19 %, seguido de un trastorno de sueño diagnosticado en un 13 %, efectos secundarios de un medicamento en un 9 %, una enfermedad médica en un 9 %, el consumo de alcohol en un 6 % y el consumo de alguna droga en el 6 %. El 58 % no considera que la causa de sus síntomas de insomnio sea cualquiera de los anteriores. Los que más atribuyen sus síntomas de insomnio a un problema de salud mental son las mujeres (25,5 %), los jóvenes de 18 a 23 años (21 %) y las CC. AA. del País Vasco (25 %) y La Rioja (29 %).

4.5.5. Síntomas de apneas obstructivas del sueño (AOS)

Un 25 % de los encuestados son roncadores habituales y un 11 % confirma que algún testigo de su sueño les ha referido tener apneas mientras roncaban. En ambos casos, la prevalencia es mayor en hombres (31 y 14 %, respectivamente) y en los tramos de mayor edad (30 % de roncadores sin apneas entre los 30 y 34 años y 13 % de roncadores y posibles apneas entre los 24 y 29 años). Navarra (17 %), Aragón (16 %), Castilla y León (15 %), C. Valenciana (13 %) y Canarias (13 %) son las comunidades autónomas con más jóvenes que refieren ser roncadores y con posibles apneas.

Si consideramos como sintomatología sugestiva de AOS no solo ser roncadores/as con apneas, sino tener también somnolencia diurna, la prevalencia estimada disminuye al 1,9 %, si bien el diagnóstico de esta entidad requiere de pruebas complementarias objetivas que confirmen un número mínimo (índice de apnea-hipopnea, IAH) de 15 eventos respiratorios por hora de sueño, o la presencia de síntomas acompañantes o enfermedades asociadas si el IAH está entre 5 y 15. El 90 % de este 1,9 % (1,7 %) no han sido diagnosticados de este síndrome previamente (pregunta 50 del cuestionario). Al segmentar por sexo y edad, no se observan diferencias estadísticamente significativas; aunque debe tenerse en cuenta que se trata de un grupo reducido sobre el total de la muestra. En el análisis por zona geográfica sí se

observan diferencias de prevalencia aumentada de clínica sugestiva de AOS en Navarra (6 %) y Castilla y León (4 %). Si se relacionan los síntomas sugestivos de AOS con el IMC, se observa un porcentaje de obesidad mayor respecto al total de la muestra (19 vs. 11 %), de forma esperable dado que es un factor de riesgo conocido.

Para mitigar la somnolencia diurna, los jóvenes con síntomas de posible AOS presentan un mayor consumo de todas las bebidas estimulantes preguntadas en la encuesta.

Por último, los encuestados con síntomas sugestivos de AOS refieren más accidentes de coche como conductores por falta de sueño (33 %, más del doble que en el total de la muestra), un 19 % por falta de atención y un 14 % por somnolencia.

4.5.6. Síntomas de piernas inquietas (SPI)

No se puede estimar la prevalencia realmente de la entidad ya que no se ha preguntado sobre el ritmo circadiano de estos síntomas y dado que para establecer su diagnóstico se requiere hacer un diagnóstico diferencial con otras causas (como calambres musculares, insuficiencia venosa, acatisia, malestar posicional...). A pesar de ello, un 33 % de los jóvenes de la muestra tiene sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, estando en la cama, que se alivian al moverlas. No se observan diferencias en el sexo, siendo los jóvenes de edad intermedia (24-29 años) los que más tienen estos síntomas (36 %). Canarias (44 %), La Rioja (44 %), Cantabria (43 %) y Baleares (41 %) son las comunidades autónomas con más jóvenes con esta sintomatología.

4.5.7. Trastornos de sueño diagnosticados médicamente

El trastorno de sueño más frecuente que los jóvenes de la muestra indican que ha sido diagnosticado por un médico es el TIC (4,5 %), seguido del SPI (3 %), AOS (3 %), sonambulismo (3 %), trastorno circadiano por trabajo a turnos (3 %), síndrome de retraso de fase de los ritmos circadianos (3 %), narcolepsia (2 %) e hipersomnia idiopática (2 %). Dado que llamaba la atención el porcentaje de narcolepsia diagnosticado, teniendo en cuenta la baja prevalencia en la población general, se analizó cuántos de ellos habían referido en preguntas anteriores sintomatología típica de esta entidad.

Menos de un 30 % referían somnolencia diurna y un 50-60 % no hacían siesta ni tenían despertares nocturnos habituales. Desconocemos, no obstante, si estaban bajo tratamiento médico y, por tanto, con síntomas controlados. Algo similar ocurre con la AOS, diagnosticada en un 3 % de la muestra, pero con una prevalencia estimada de síntomas sugestivos en un 1,9 %. Una posible explicación es que estén controlados bajo tratamiento con CPAP y por ello los síntomas estén controlados.

4.6. Prevalencia estimada y factores sociodemográficos, hábitos de sueño y de estilo de vida relacionados con los trastornos del sueño

4.6.1. Trastorno de insomnio crónico (TIC)

Un 83,5 % de los jóvenes encuestados presenta alguno de los síntomas nocturnos de síndrome de insomnio y un 86,9 % alguno de los diurnos, siendo la prevalencia de síntomas compatibles con los criterios diagnósticos de TIC del 12,8 %, después de haber excluido la falta de oportunidad/tiempo y condiciones adecuadas para dormir, y que los síntomas sean atribuidos a otra causa (una enfermedad médica, problema de salud mental o consumo de medicamentos/drogas). A continuación, se expone la relación de los diferentes factores sociodemográficos, hábitos de sueño, estilo de vida y salud física y mental con el TIC. En la discusión se analizará más profundamente este dato de prevalencia.

Factores sociodemográficos y antropométricos

- Hay una mayor prevalencia de TIC en mujeres (14 %), sin diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad. Cataluña destaca por ser la comunidad autónoma con una prevalencia significativamente mayor que el resto (17 %).
- Se observa una tendencia, estadísticamente no significativa, de residir en localidades más rurales (de < de 30.000 habitantes) en el grupo de TIC.
- No se observan diferencias en el nivel de estudios y el rendimiento académico es habitualmente referido como bueno. No hay diferencias significativas en el nivel de ingresos, en los convivientes del hogar ni en los hijos a cargo.
- En cuanto al IMC, hay más sobrepeso entre los encuestados con TIC, pero menor obesidad, por

lo que globalmente no hay diferencias en cuanto al exceso de peso respecto al total de jóvenes.

Hábitos de sueño

- El cronotipo observado en el grupo con síntomas de TIC de forma más frecuente es el matutino (71 %).
- No existen diferencias estadísticamente significativas en los jóvenes con síntomas de TIC respecto al total de la muestra en cuanto al hábito de dormir siesta ni en la duración de esta. Tampoco se observa más uso de pantallas por la noche.

Hábitos de vida y estado de salud

- El horario de trabajo más habitual de los encuestados con síntomas de TIC es el de tarde (88 respecto al 83 % en el total), sin observarse mayor frecuencia de trabajo nocturno ni de trabajo por turnos.
- No se observan diferencias estadísticamente significativas en el consumo de sustancias estimulantes, observando en todo caso una tendencia a un menor consumo por parte de los encuestados con síntomas de TIC. Lo mismo ocurre con las sustancias depresoras, con una tendencia a menor consumo de cannabis, alcohol y llamativamente también de hipnóticos y otros remedios sin receta para dormir.
- Se observa un hábito de práctica de deporte del 69 % en los encuestados con síntomas de TIC (vs. 64 % en el total), y aunque la mayoría refieren que les ayuda a dormir, el grupo de los que indican que les *ayuda poco* es mayor respecto el total de la muestra (31 vs. 24 %).
- En referencia a la alimentación, se observa un mayor porcentaje de alimentación autocalificada como saludable entre los jóvenes con TIC (73 vs. 60 %). Sin embargo, la autocalificada como muy saludable es menos frecuente respecto el total de la muestra (10 vs. 16 %).
- No existe una percepción de peor estado de salud física en los encuestados con síntomas de TIC.
- El tiempo medio de exposición a la luz del sol en los días laborables es menor en los encuestados con síntomas de TIC (2,1 horas/día), mientras que no hay diferencias significativas en días festivos.

- En cuanto a la salud mental, no se observa en los jóvenes con síntomas de TIC una mayor frecuencia de nerviosismo/estrés/desánimo ni un peor estado de salud mental subjetiva y objetivamente (problemas de salud mental diagnosticados).

4.6.2. Síndrome de retraso de fase (SRF)

Un 6,8 % de los jóvenes encuestados tiene síntomas que serían compatibles con SRF. La opinión personal sobre la cantidad y la calidad de su sueño no difiere de forma significativa respecto al total de la muestra.

Factores sociodemográficos y antropométricos

- No hay diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de SRF al segmentar por sexo, pero sí se observa más prevalencia en los jóvenes de 24 a 29 años (8,3 %) frente al global (6,8 %). Las CC. AA. con más prevalencia son Aragón (9 %), Castilla-La Mancha (8 %) y Andalucía (8 %).
- No se observan diferencias en el tamaño del hábitat donde se reside y sí se observa, en cuanto a la situación sociolaboral de ocupación, una tendencia, aunque no significativa, de un mayor porcentaje de estudiantes, siendo el nivel de ingresos medio (entre 1.500 y 2.500 €/mes) mayor respecto al total de la muestra. No se observan diferencias en el nivel de estudios terminados ni en el rendimiento académico.
- Se observa una tendencia a vivir solos en una vivienda y, de forma significativa, tienen hijos a cargo de forma menos frecuente respecto al total de la muestra.
- En cuanto al IMC, no se observan diferencias significativas.

Hábitos de sueño

Se observa un cronotipo vespertino más frecuente (54 %) en el grupo con síntomas de SRF respecto al total de la muestra (35 %).

En cuanto al hábito de siesta, no se observan diferencias estadísticamente significativas en los encuestados con síntomas de SRF respecto al total de la muestra.

Se observa una tendencia, sin significación estadística, de un uso más frecuente de pantallas por

la noche en la cama antes de dormirse entre los jóvenes con SRF (contestaron siempre o casi siempre en un 88 % respecto al 83 % del total de la muestra).

Los jóvenes con SRF restan horas de sueño voluntariamente para ocio u otros intereses en casa de forma más frecuente (70 %) respecto al total de jóvenes (61 %).

No se observan diferencias en el sueño fragmentado por cuidado de hijos.

Hábitos de vida y estado de salud

- No se observan diferencias estadísticamente significativas en el horario de trabajo ni en la presencia de turnos en este entre encuestados con y sin síntomas de SRF.
- Tampoco se observan diferencias en el consumo de sustancias estimulantes ni depresoras, aunque se observa, en todo caso, una tendencia a un menor consumo de estimulantes por parte de los encuestados con síntomas de SRF. En caso de consumirlos, un mayor porcentaje (50 %) refiere que el objetivo de este consumo es para mantenerse despierto, frente al total de la muestra (37 %).
- En cuanto al ejercicio físico, los jóvenes con SRF practican ejercicio con una frecuencia similar al total de jóvenes, pero hay diferencias claras en el momento del día en el que se practica el ejercicio, siendo significativamente más frecuente a partir de las 19 horas (43 vs. 33 %). No hay diferencias en cómo perciben que el ejercicio físico les ayuda a dormir.
- No hay diferencias en el tipo de alimentación habitual.
- El estado de salud física es percibido como regular más frecuentemente en jóvenes con SRF (34 respecto al 30 % del total de la muestra).
- El tiempo medio de exposición a la luz del sol en días laborables es menor en los encuestados con síntomas de SRF (2,1 horas/día), mientras que no hay diferencias significativas en días festivos.
- En los jóvenes con SRF destaca una mayor frecuencia de estado de nerviosismo/estrés (84 % a menudo vs. 69 % en el total de la muestra) y de desánimo para realizar las actividades

cotidianas (67 % a menudo vs. 59 % en el total de la muestra). Acorde con ello, describen su estado de salud mental como regular (40 %) en mayor medida respecto a la muestra total (33 %). Sin embargo, no refieren más problemas de salud mental diagnosticados.

4.6.3. Síndrome del sueño insuficiente (SSI)

La prevalencia de sueño insuficiente (< 7 horas) en la muestra es de un 33,4 %, similar a la esperable según otros estudios descritos anteriormente^{16,17}, pero solo presentan manifestaciones clínicas relacionadas con SSI en un 3,8 %.

Los jóvenes con criterios de SSI están más en desacuerdo con la afirmación “creo que duermo bien y suficiente” (37 respecto al 27 % en el total de la muestra), aun así destaca una mayoría (63 %) que sí que está de acuerdo con la afirmación, a pesar de dormir de forma insuficiente y tener consecuencias diurnas secundarias.

Factores sociodemográficos y antropométricos

- Se observa una mayor prevalencia de SSI en el rango intermedio de edad (24-29 años), sin diferencias estadísticamente significativas al segmentar por sexo y CC. AA.
- Destaca una mayor prevalencia de SSI (5,4 %) en las localidades urbanas de > 500.000 habitantes.
- No se observan diferencias en el nivel de estudios ni en el rendimiento académico referido.
- Se observa un mayor porcentaje de nivel de ingresos medios (1.501-2.500 €/mes) respecto al total de la muestra de forma significativa (33 vs. 18 %), a expensas de menor porcentaje de ingresos altos (> 2.500 €/mes) y de ausencia de ingresos.
- Se observa una tendencia a tener hijos a cargo en el grupo de encuestados con SSI (26 respecto al 20 % en el total) y a vivir solo (12 vs. 8 %) o con pareja e hijo/s (17 vs. 15 %). No hay diferencias en la media de hijos ni en la edad de estos.
- En cuanto al IMC, no se observan diferencias significativas.

Hábitos de sueño

- No hay diferencias estadísticamente significativas en el tipo de cronotipo.
- En el grupo que cumple criterios de SSI se observa un hábito significativamente más frecuente (49 %) de dormir la siesta, respecto al 30 % del total de la muestra. La duración también es mayor, con siestas habituales de más de 45 minutos en un 57 % (frente al 44 % del total de la muestra) y una media de 59 minutos (frente a los 50 minutos del total de la muestra).
- Los jóvenes con SSI miran pantallas de dispositivos electrónicos en la cama antes de dormirse más que el total de jóvenes: contestan siempre o casi siempre un 93 % (respecto al 83 % del total de la muestra). No se observan diferencias en el uso de pantallas durante los despertares nocturnos.
- El porcentaje de jóvenes que admiten quitarse horas de sueño por la noche para dedicarlas a ocio u otras actividades que les interesan por tener poco tiempo para ellos durante la jornada aumenta significativamente entre los jóvenes con SSI (73 %) con relación al total de la muestra (61 %).
- El 57 % de los jóvenes con SSI presenta un sueño fragmentado por cuidado de hijos siempre o casi siempre, siendo una tendencia algo por encima respecto al total de los jóvenes de la muestra (52 %).

Hábitos de vida y estado de salud

- Hay más jóvenes con SSI que trabajan o hacen parte de su jornada en horario de noche (23 frente al 14 % del total de la muestra), ocurriendo lo mismo con los turnos rotatorios o el horario irregular (51 vs. 31 % en el total de la muestra).
- Los participantes con SSI consumen sustancias estimulantes con el objetivo de permanecer despiertos en mayor medida que el global de los jóvenes (el 51 % lo hace con este objetivo respecto al 37 % del total). El porcentaje de consumidores de café es similar al total de la muestra, pero los que consumen, lo hacen en una frecuencia significativamente más alta, con un 18 % de consumo alto (10 % 3-6 unidades/día y 7 % > 6 unidades/día), siendo casi el doble respecto al total.

- También hay más encuestados con síntomas de SSI que refieren consumir bebidas energéticas con cafeína (32 respecto al 25 % del total de la muestra), pero sin embargo la frecuencia de consumo es mayoritariamente ocasional. No se observa un mayor consumo de té, refrescos de cola con cafeína ni de drogas psicoestimulantes.
- Respecto a las sustancias depresoras, se observa un menor consumo en los participantes con SSI respecto al total de los encuestados de cannabis (3 vs. 8 %), hipnóticos (0,5 vs. 9 %) y otros remedios para dormir (2 vs. 15 %). En cambio, se observa un mayor porcentaje de consumidores de bebidas con alcohol (48 vs. 39 %), pero el consumo habitual es mayoritariamente ocasional, incluso algo más que en el total de la muestra.
- Los jóvenes con SSI practican ejercicio con una frecuencia similar al total de jóvenes, pero hay diferencias claras en el momento del día en el que se practica el ejercicio, siendo significativamente más frecuente en la última franja de la tarde (46 vs. 33 %) y siendo mayor también el porcentaje de los que refieren que el ejercicio les ayuda poco a dormir (40 vs. 24 %).
- Destaca un mayor porcentaje de alimentación autocalificada como poco o nada saludable entre los jóvenes con SSI (34 vs. 24 %).
- No se observan diferencias en la autopercepción de estado de salud física respecto al total de la muestra.
- En cuanto al tiempo medio de exposición a la luz del sol, se observa una tendencia, no significativa, de más horas de exposición (2,6 horas/día) en los días laborables, mientras que no hay diferencias en los días festivos.
- En relación con la salud mental, en los jóvenes con síntomas de SSI no se observa una mayor frecuencia de nerviosismo/estrés/desánimo ni un peor estado de salud mental subjetiva y objetivamente (problemas de salud mental diagnosticados).

5. Discusión

El presente estudio es el primer estudio poblacional sobre hábitos de sueño y prevalencias estimadas de trastornos de sueño centrado exclusivamente en la población joven española. No obstante, podemos comparar los resultados con estudios poblacionales en los que se incluyó población joven.

La media de horas de sueño nocturno de la muestra del presente estudio es de 7,6 horas (7,25 horas en días ocupados y 8,78 horas en días libres). Según datos de un estudio mediante entrevistas telefónicas (metodología CATI) a 3.026 españoles mayores de 18 años que realizó la Fundación de Educación para la Salud del Hospital Clínico San Carlos de Madrid²³, el subgrupo de 18 a 24 años dormía 7,46 horas de media en días laborables y 8,34 horas en fines de semana y festivos, y en los de 25 a 34 años, 7,22 horas en laborables y 8,05 en fines de semana y festivos. La diferencia de las medias era de casi una hora (50-53 minutos) en los jóvenes, mientras que en la muestra de población general la diferencia era solo de 29 minutos. En el estudio actual, el decalaje, en este caso, es de más de una hora entre días ocupados y libres (7,25 horas y 8,78 horas, respectivamente).

Los jóvenes encuestados refieren un tiempo medio desde que se acuestan hasta que se duermen llamativamente largo, con > 60 minutos en casi la mitad de los casos. La media es de 56,4 minutos los días con ocupación y 51,6 minutos los días libres, pero destaca una desviación típica muy elevada, lo que indica una dispersión elevada de los datos. Cabe destacar que, si analizamos la diferencia entre la hora a la que se van a la cama y la que están listos para dormir, es de 44 minutos de media (los días ocupados) y 1 hora y 15 minutos (los días libres).

Estos resultados hacen pensar que al preguntar sobre “cuánto tardas en dormirte” quizás no han entendido (o no estaba suficientemente bien especificado) que es desde el momento que están en la cama sin ningún otro quehacer (significado real de la latencia

de sueño), y no solo acostados en la cama. Por este motivo, es probable que la latencia de sueño obtenida esté magnificada.

El 30 % de los jóvenes duermen siesta habitualmente, con una media de 50 minutos, datos similares a estudios previos de población española²³.

Entre un 14 y un 44 % de los jóvenes de la muestra hace alguna de sus actividades cotidianas en horario de noche (entendido entre las 22:00 y las 6:00 horas). Las tareas domésticas son las actividades más frecuentemente realizadas por la noche (44 %), seguidas del estudio (20 %) y el trabajo (14 %). La tasa de trabajo nocturno de la muestra es mayor a los últimos datos disponibles de trabajo nocturno (entendido como más de la mitad de los días trabajados) del INE 2022, que era del 9,9 % (en 16-24 años) y del 5,8 % (para la franja de 25-34 años)²². Hasta un tercio de los encuestados trabaja por turnos rotatorios/horario irregular, lo que se correlacionaría con una destacable precariedad laboral.

La prevalencia estimada de TIC es del 12,8 % en los jóvenes españoles. En el estudio poblacional español de prevalencia de insomnio que tenemos de referencia más reciente, realizado en 2018-2019, la prevalencia del síndrome de insomnio crónico fue del 15 % (11,7-18,3 %) en la franja de 18-34 años (mismo grupo de edad), mientras que la del TIC, excluyendo la falta de oportunidad, un entorno inadecuado y otros trastornos del sueño, fue del 12,1 % (9,1-15,1 %). Cuando también se excluyeron a los pacientes con dolor crónico o reflujo gastroesofágico y aquellos tratados con éxito con fármacos que requieren receta y que además manifestaron ser dependientes de estos, y se incluyeron los que tenían un síndrome de insomnio recurrente sin cumplir el criterio de cronicidad de al menos 3 meses, la prevalencia fue del 11,1 % (8,2-14,1 %). Como diferencias respecto al estudio actual, fue un estudio prepandemia de COVID-19 y se excluyeron trabajadores nocturnos.

Un 60 % de los jóvenes de la muestra retrasan la hora de ir a dormir para compensar la falta de tiempo personal durante el día (*revenge bedtime procrastination*). De forma llamativa, el 75 % de estos mismos encuestados, que han admitido restar horas de sueño para dedicarlas a ocio u otras actividades, han contestado afirmativamente a “tener la oportunidad y tiempo suficientes para dormir”, lo cual entraría en contradicción. Probablemente, tal como está formulada la pregunta, han entendido que la oportunidad y el tiempo suficientes sí lo tienen, pero voluntariamente no lo aprovechan en su totalidad para dormir. Por ello, teniendo en cuenta que tener la oportunidad y dedicar el tiempo suficiente a dormir es uno de los criterios diagnósticos de TIC, se han excluido los que pertenecen al grupo de *revenge bedtime procrastination* para el cálculo de prevalencia de TIC.

Destaca una prevalencia del 29 % de trastornos de salud mental diagnosticados en nuestra muestra. Por otro lado, un 57 % de los jóvenes con síntomas típicos de insomnio descartó como causa de su problema para dormir por la noche y las consecuencias durante el día (criterio diagnóstico de TIC): un problema de salud mental, un trastorno de sueño diagnosticado, consumo de algún medicamento, alcohol, droga o una enfermedad. Sin embargo, si analizamos lo que posteriormente contestó este subgrupo en la pregunta directa sobre salud mental, un 7 % de estos admitió tener un problema de salud mental diagnosticado. Es decir, que no se puede descartar que el problema de salud mental sea la causa de sus síntomas de insomnio pero que, subjetivamente, no lo han considerado como tal. Esto haría que la prevalencia de TIC de nuevo pudiera estar sobredimensionada. No obstante, según las últimas consideraciones de la ICSD-3 TR, se debe excluir el trastorno mental como única causa de los síntomas de insomnio, pero la comorbilidad psiquiátrica no impide el diagnóstico independiente de TIC.

Un 31 % de la muestra trabaja por turnos o con horario irregular y un 14 %, de noche. De los que cumplen criterios según el cuestionario de probable TIC, trabajan por turnos un 24 % y de noche un 9 %. Esto lleva a plantearnos la cuestión de si estos subgrupos (33 % de los catalogados como TIC) podrían tener en realidad un trastorno de trabajo por turnos, en lugar de un TIC, y por tanto la prevalencia estimada de TIC podría ser menor si los excluimos.

Como ya se ha comentado en el capítulo 4 de resultados, los participantes que tienen síntomas compatibles con TIC no consumen más sustancias

estimulantes que el total de participantes de la muestra, pero existe un consumo alto (> 3 unidades/día), que podría influir en el insomnio, en un 4 % en el caso del café y en un 2 % en el té. Dado que uno de los criterios diagnósticos de exclusión de TIC es que los síntomas no estén provocados por el consumo de ninguna sustancia, cabría reconsiderar el diagnóstico de TIC en estos jóvenes con abuso de sustancias estimulantes.

Como última consideración a tener en cuenta con relación a la elevada prevalencia de TIC, destaca una elevada frecuencia de síntomas sugestivos de SPI (33 %), aunque, como hemos concretado anteriormente, por falta de información no se puede estimar que esta sea la prevalencia real del síndrome. No obstante, no se debe perder de vista este dato, y reconsiderar que es posible que una parte de los sujetos catalogados de TIC puedan tener en realidad un SPI como causa de sus síntomas, dado que es necesario el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades.

La prevalencia obtenida del SSI es baja, del 3,8 %, pero la de sueño insuficiente es del 33 %, similar a estudios poblacionales previos, en los que se sitúa sobre el 30 %²³. La explicación de la diferencia entre la frecuencia del síntoma respecto al síndrome, se debe probablemente a la resiliencia del cerebro a esta edad ante la privación de sueño y las conductas de compensación como las siestas, dormir más en días libres o el consumo de café.

Sin embargo, como se ha mencionado en la introducción, los estudios de prevalencia no se basaban en la totalidad de los criterios diagnósticos del SSI, sino solo en la duración del tiempo de sueño. En cambio, en un estudio basado en pruebas complementarias objetivas confirmatorias, en el que se consideraba SSI definitivo si la somnolencia se resolvía con un aumento de tiempo en cama confirmado por actigrafía de ≥ 30 minutos, la prevalencia fue del 1 %²⁴.

Por otro lado, el criterio G del SSI hace referencia a la necesidad de despertarse con despertador o con ayuda de otra persona y que los fines de semana o en vacaciones, cuando no se usan estas medidas, se duerme más. La diferencia de horas de sueño en días libres respecto a los ocupados que se ha usado en el presente estudio como criterio necesario de SSI es de 2 horas, si bien es cierto que esta diferencia de horas no está concretada en los criterios diagnósticos, y podría haber sido un criterio demasiado estricto que explicara la baja prevalencia.

Por último, la prevalencia de SRF es del 6,8 %, mayor que el 3,3 % referido en un estudio poblacional noruego a gran escala de 2021¹⁷, que era equivalente en franja de edad (18-35 años). La diferencia

existente podría deberse a una variabilidad regional sociocultural (horarios de escuela y trabajo, horarios de comidas y horario de programas de TV por la noche más tardíos en España).

6. Limitaciones del estudio

Se trata de una encuesta autoadministrada y no una valoración clínica con anamnesis dirigida realizada por un profesional sanitario, por lo que no se puede establecer un diagnóstico de trastorno de sueño.

Al tratarse de una encuesta *online*, sin opción a poder aclarar dudas, pueden haber interpretado erróneamente alguna pregunta y contestar en consecuencia.

Las encuestas fueron enviadas y realizadas entre mayo y junio de 2023, que es una época habitual de exámenes y/o de incremento de horas de estudio. Esto puede haber influido en las respuestas del subgrupo de estudiantes.

En el análisis por comunidad autónoma, se debe tener en cuenta una falta de homogeneidad dentro de algunas de ellas y entre ellas (por ejemplo, las uniprovinciales pequeñas pueden parecerse más entre sí).

7. Conclusiones

Los encuestados españoles, de 18 a 34 años, de la muestra de este estudio:

- Consideran, en su mayoría, que dormir es tan importante como la alimentación o el ejercicio físico. Sin embargo, más de la mitad (61 %) admite restar horas de sueño para ocio u otras actividades de interés por la falta de tiempo personal durante la jornada (*revenge bedtime procrastination*), y un 33 % duerme de forma insuficiente (< 7 horas).
- Se suelen acostar entre las 22:00 y las 00.00 horas los días víspera de laborable y entre las 23.00 y las 2.00 horas los días víspera de festivo. Los hombres y la franja de 18 a 29 años son los que se acuestan más tarde. Las mujeres y los jóvenes de 30-34 años son los que se levantan más pronto.
- Duermen una media de 7,6 horas al día (7,2 horas la víspera de laborable y 8,8 horas la víspera de festivo).
- Habitualmente, no duermen siesta, pero si lo hacen (30 %), suele ser más en días libres. En la mitad la duración es de 15-45 minutos, y en el 44 %, más de 45 minutos, con una media de 50 minutos de duración.
- Tienen un hábito muy común (83 %) de uso de dispositivos electrónicos con pantalla en la cama antes de dormirse, con un tiempo medio de uso de 48,6 minutos.
- Indican, en la mitad de los casos, que tardan más de 1 hora en dormirse, pero destaca también que hay casi 1 hora de diferencia entre la hora a la que se acuestan y la que consideran que realmente están listos para dormir (sin ningún otro quehacer) y de casi 1 hora de uso de pantallas en la cama.
- Muestran dificultades para levantarse por las mañanas en la mitad de los casos, requiriendo el uso de alarma o de alguien que les despierte en un 77 % de los casos.
- Afirman tener la oportunidad y tiempo suficientes para dormir en la mayoría de los casos. Los encuestados de la franja de 24 a 34 años son los que más admiten no tenerlos.
- Si tienen hijos, refieren tener un sueño fragmentado por cuidado de estos en la mitad de los casos, siendo más frecuente en las mujeres.
- Confirman haber sufrido un accidente de tráfico por falta de sueño en un 15 % de los casos, ya sea por somnolencia (8 %) o por desatención (7 %). Los hombres, los jóvenes de 18-23 años y los que presentan sintomatología de AOS son los que más accidentes por este motivo admiten.
- Afirman consumir, como sustancia estimulante más frecuente a diario, el café, con el objetivo de permanecer despiertos en el 43 %.
- Refieren consumir alcohol al menos una vez al mes en un 39 % de los casos. Destaca una minoría, pero destacable 10 %, de consumo por la noche para ayudar a conciliar el sueño.
- Indican un consumo de sustancias ilegales al menos una vez al mes en un 8 % en el caso de cannabis (con un 63 % de uso para favorecer el sueño) y en un 6 % en las drogas psicoestimulantes tipo cocaína (con un 63 % de uso para mantenerse despierto). El alcohol y las drogas ilegales descritas son más consumidas por los hombres. Aunque se toma más alcohol que cannabis, este último se consume en mayor medida como ayuda para conciliar el sueño.

- Refieren consumir remedios sin receta como ayuda para dormir en un 15 % de los casos, aunque habitualmente lo hacen menos de una vez a la semana. Un 9 % de los encuestados usa fármacos con receta habitualmente de forma semanal.
- Confirman tener un problema de salud mental diagnosticado en un tercio de los casos, siendo la ansiedad el más frecuente, seguido de la depresión. Un 19 % atribuye su problema de salud mental como causa de su sintomatología de insomnio.
- Refieren alguno de los síntomas nocturnos o diurnos de síndrome de insomnio en un 83 y 87 %, respectivamente, siendo la prevalencia de los que cumplirían criterios diagnósticos de TIC del 12,8 %, después de excluir la falta de oportunidad/tiempo y condiciones adecuadas para dormir, y que los síntomas sean atribuidos a otra causa (una enfermedad médica, problema de salud mental o consumo de medicamentos/drogas). Los factores asociados a TIC son: sexo femenino, tendencia a hábitat rural, horario de trabajo por la tarde y menor tiempo al aire libre, con exposición a la luz del sol, en días laborales. No se observan peores hábitos de sueño ni de estilo de vida respecto el total de la muestra.
- Muestran sintomatología compatible con SSI en un 3,8 % de los casos. Se observan como factores asociados: el rango intermedio de edad (24-29 años), vivir en localidades urbanas de > 500.000 habitantes, tener hijos a cargo, el trabajo nocturno y los turnos rotatorios, el hábito de siesta (compensatoria), el uso de pantallas antes de acostarse, la sustitución voluntaria de horas de sueño por ocio, el consumo de sustancias estimulantes para permanecer despiertos, la práctica de ejercicio físico a última hora de la tarde (> 19 h) y la alimentación autocalificada como poco o nada saludable.
- Refieren sintomatología compatible con SFR en un 6,8 % de los casos. Los factores asociados son: la edad de 24 a 29 años, el perfil estudiantil, vivir solos en una vivienda, sustituir horas de sueño por ocio, el cronotipo vespertino, un menor tiempo medio de exposición a la luz del sol, la práctica de ejercicio físico a última hora de la tarde (> 19 h) y el nerviosismo, estrés y desánimo.
- Afirman ser roncadores y tener apneas (según testigo de su sueño) en un 11 %, tener además somnolencia diurna y, por tanto, sintomatología

sugestiva de AOS en un 1,9 %. Los factores socio-demográficos asociados son el sexo masculino y los tramos de mayor edad, observando un mayor porcentaje de obesidad.

- Indican síntomas que podrían ser compatibles con SPI en un 33 %, aunque no se puede estimar la prevalencia de la entidad por falta de criterios diagnósticos incluidos.

Por CC. AA.:

- La Rioja presenta más encuestados que duermen < 7 horas, un uso más frecuente de pantallas por la noche, más consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias estimulantes, hipnóticos y remedios sin receta para dormir y reconocimiento de un accidente de tráfico por falta de sueño.
- El País Vasco muestra más encuestados que afirman acostarse más tarde los días laborales y un consumo más habitual de alcohol. Por el contrario, destacan más encuestados que refieren un entorno con condiciones adecuadas para dormir.
- Navarra presenta más encuestados que trabajan por turnos o con horario irregular, que consumen café y sustancias estimulantes de abuso, más sueño fragmentado por cuidado de hijos, más reconocimiento de un accidente de tráfico por falta de sueño y sintomatología de posible AOS. No obstante, muestran una percepción de salud física y mental como muy buena, y más práctica de ejercicio físico regular.
- Aragón cuenta con más encuestados que consumen tabaco y café, así como mayor prevalencia de sintomatología de SRF y AOS. Por otro lado, refieren buen entorno y condiciones adecuadas para dormir.
- Cataluña indica más encuestados que se levantan pronto los días libres, que autocalifican su alimentación como saludable, con sueño frecuentemente fragmentado por cuidado de hijos, más nerviosismo y desánimo, y más prevalencia de TIC. Destaca un uso más frecuente de filtros de luz en las pantallas por la noche.
- La Comunidad Valenciana muestra más encuestados que duermen de forma insuficiente (< 7 horas), que se levantan pronto los días laborales, que trabajan por turnos o con horario irregular, que consumen fármacos hipnóticos y otros

remedios sin receta para dormir y que refieren sintomatología de posible AOS.

- La Región de Murcia cuenta con más encuestados que hacen uso de pantallas por la noche, sin otras diferencias destacables en hábitos de sueño.
 - Andalucía presenta más encuestados que refieren ir a dormir más tarde la víspera de día libre, con más uso de pantallas por la noche, más estado de desánimo y más prevalencia de SRF.
 - Extremadura muestra más encuestados que afirman dormir la siesta, sin otras diferencias destacables.
 - Castilla y León presenta más encuestados que se acuestan tarde y que se despiertan pronto los días que tienen una ocupación, con más consumo de alcohol, estado de desánimo y sintomatología de posible AOS. Por otro lado, refieren buen entorno y condiciones adecuadas para dormir y usan con más frecuencia filtros de luz en las pantallas por la noche.
 - Madrid cuenta con más encuestados que indican consumo de té, práctica habitual de ejercicio físico y menos accidentes de tráfico por falta de sueño. Por otro lado, se observa menos oportunidad y tiempo para dormir, así como condiciones menos óptimas en cuanto a un entorno adecuado.
 - Castilla-La Mancha indica más encuestados que afirman consumir bebidas energéticas con cafeína, con más prevalencia de SRF y de sueño insuficiente (< 7 horas). Refieren, no obstante, buen entorno y condiciones adecuadas para dormir.
 - Galicia presenta más encuestados con trabajo en horario nocturno. Sin embargo, hay menos
- hábito de dormir la siesta y menos accidentes de tráfico por falta de sueño, así como un uso más frecuente de filtros de luz en las pantallas por la noche.
- El Principado de Asturias muestra más encuestados que indican dormir de forma insuficiente (< 7 horas), con más tiempo de uso de dispositivos electrónicos con pantalla antes de dormir. Por otro lado, afirman más práctica de ejercicio físico habitual y, a pesar de dormir de forma insuficiente por la noche, tienen menos hábito de siesta.
 - Cantabria cuenta con más encuestados que indican dormir de forma insuficiente (< 7 horas), que se acuestan tarde los días que al día siguiente tienen libre y tienen menos hábito de siesta. No obstante, refieren buen entorno y condiciones adecuadas para dormir.
 - Baleares presenta más encuestados que duermen de forma insuficiente (< 7 horas), que se despiertan pronto y se acuestan tarde las vísperas de días libres, con menos oportunidad y tiempo para dormir, menos costumbre de siesta, más trabajo irregular y que incluye horario nocturno, entorno menos adecuado para dormir, consumo de bebidas energéticas con cafeína y cannabis, estrés y nerviosismo, sueño fragmentado por cuidado de hijos y accidentes de tráfico por falta de sueño.
 - Canarias muestra más encuestados que duermen de forma insuficiente (< 7 horas), que se despiertan pronto los días libres, con más uso de pantallas por la noche, turnos de trabajo irregulares, consumo de té, refrescos de cola con cafeína, bebidas energéticas con cafeína, cannabis e hipnóticos, estado de desánimo, accidentes de tráfico por falta de sueño y sintomatología de posible AOS.

8. Importancia de los hallazgos

Los hábitos y el uso de las nuevas tecnologías han cambiado mucho recientemente, por lo que es muy importante disponer de un estudio actualizado sobre estos aspectos en relación con el sueño en la población joven. La mayoría de los participantes de la franja de edad estudiada está retrasando de forma voluntaria el momento de dormir, a pesar de considerar el sueño un aspecto importante de su salud.

Los hallazgos del estudio actual deben servir para promover medidas de educación y prevención sanitaria en relación con el sueño hacia la población, y de aviso a los gestores sanitarios, vista la gran tasa de infradiagnóstico.

9. Declaraciones de transparencia y conflictos de interés

La Sociedad Española de Sueño percibió financiación por parte de Fundación MAPFRE para realizar esta investigación, sin embargo, el equipo investigador tuvo independencia para plantear la investigación según su criterio, así como el desarrollo del informe final.

El papel de Fundación MAPFRE constó en determinar el tema de investigación y revisión del protocolo para asegurar que el equipo de investigadores

hubiera creado un diseño adecuado a los objetivos del estudio.

Fundación MAPFRE y la Sociedad Española de Sueño firmaron un acuerdo por el que los investigadores tendrían absoluta independencia para establecer los resultados, discusión y conclusiones pertinentes, así como para asegurar la publicación de los datos independientemente de los resultados obtenidos.

10. Contribución de los autores/as

Ana Fernández (AF), Gemma Sansa (GS) y Marta Rubio (MR) elaboraron los primeros borradores del estudio.

Manuel de Entrambasaguas (ME), María Ángeles Bonmatí (MAB), GS y MR participaron en la revisión de la bibliografía y en el diseño definitivo de las preguntas de la encuesta.

Juan José Poza (JJP), María José Masdeu (MJM) y Milagros Merino (MM) participaron en la revisión científica del protocolo del estudio.

Teresa Fernández (TF) realizó el análisis estadístico de los datos.

MR elaboró el informe de resultados, con la revisión y contribución de AF, MAB, ME, JJP y GS.

11. Bibliografía

1. Bruce ES, Lunt L, McDonagh JE. Sleep in adolescents and young adults. *Clin Med (Lond)*. 2017 Oct; 17(5): 424-428.
2. Dregan A, Armstrong D. Adolescence sleep disturbances as predictors of adulthood sleep disturbances - a cohort study. *J Adolesc Health*. 2010; 46: 482-487.
3. Gonçalves M, Amici R, Lucas R, Åkerstedt T, Cignotta F, Horne J, Léger D, McNicholas WT, Partinen M, Téran-Santos J, Peigneux P, Grote L. National Representatives as Study Collaborators. Sleepiness at the wheel across Europe: a survey of 19 countries. *J Sleep Res*. 2015 Jun; 24(3): 242-253.
4. Karimi M, Hedner J, Lombardi C, Mc Nicholas WT, Penzel T, Riha RL. Driving habits and risk factors for traffic accidents among sleep apnea patients - a European multicentre cohort study. *J Sleep Res*. 2014 Dec; 23(6): 689-699.
5. Covassin N, Singh P. Sleep duration and cardiovascular disease risk: Epidemiological and experimental evidence. *Sleep Med Clin*. 2016 Mar; 11(1): 81-89.
6. Shi L, Chen SJ, Ma MY, Bao YP, Han Y, Wang YM, Shi J, Vitiello MV, Lu L. Sleep disturbances increase the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2018 Aug; 40: 4-16.
7. Russell KL, Rodman HR, Pak VM. Sleep insufficiency, circadian rhythms, and metabolomics: the connection between metabolic and sleep disorders. *Sleep Breath*. 2023 Dec; 27(6): 2139-2153.
8. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *J Adolesc Health*. 2010 Feb; 46(2): 124-132.
9. Hysing M, Harvey AG, Linton SJ, Askeland KG, Sivertsen B. Sleep and academic performance in later adolescence: results from a large population-based study. *J Sleep Res*. 2016 Jun; 25(3): 318-324.
10. Bhandari PM, Neupane D, Rijal S, Thapa K, Mishra SR, Poudyal AK. Sleep quality, internet addiction and depressive symptoms among undergraduate students in Nepal. *BMC Psychiatry*. 2017 Mar 21; 17(1): 106.
11. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, Blom K, Bothelius K, Devoto A, Espie CA, Frase L, Gavrilloff D, Tuulikki H, Hoflehner A, Högl B, Holzinger B, Järnefelt H, Jernelöv S, Johann AF, Lombardo C, Nissen C, Palagini L, Peeters G, Perlis ML, Posner D, Schlarb A, Spiegelhalder K, Wichniak A, Riemann D. The European Academy for Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: An initiative of the European Insomnia Network to promote implementation and dissemination of treatment. *J Sleep Res*. 2020 Apr; 29(2): e12967.
12. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; 6(2): 97-111.
13. Entrambasaguas M, Romero O, Cordero Guevara JA, Álvarez Ruiz de Larrinaga A, Cañellas F, Pujol Salud J, Pérez Díaz H. The prevalence on insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSD-3 diagnostic criteria and notes. *Sleep Epidemiology* 2023; 3, 100053.
14. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*. 2010 Dec; 11(10): 1010-1018.
15. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev* 2010; 14(6): 379-389.
16. Gordon S, Vandelanotte C, Rayward AT, Murawski B, Duncan MJ. Sociodemographic and behavioral correlates of insufficient sleep in Australian adults. *Sleep Health*. 2019 Feb; 5(1): 12-17.
17. Liu Y, Wheaton AG, Chapman DP, Cunningham TJ, Lu H, Croft JB. Prevalence of Healthy Sleep Duration among Adults - United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016 Feb 19; 65(6): 137-141.
18. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Effect of short sleep duration on daily activities - United States, 2005-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011.
19. Sivertsen B, Harvey AG, Gradisar M, Pallesen S, Hysing M. Delayed sleep-wake phase disorder in young adults: prevalence and correlates from a national survey of Norwegian university students. *Sleep Med*. 2021 Jan; 77: 184-191.

20. Sweetman A, Lack L, McEvoy RD, Smith S, Eckert DJ, Osman A, Carberry JC, Wallace D, Nguyen PD, Catcheside P. Bi-directional relationships between co-morbid insomnia and sleep apnea (COMISA). *Sleep Med Rev* 2021; 60: 101519.
21. World Health Organization. Healthy diet, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> [consulta: 31 de enero de 2024].
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de población activa 2022. Ocupados por frecuencia con la que trabajan por la noche, sexo y grupo de edad. Disponible en: <https://www.ine.es> [consulta: 31 de enero de 2024].
23. Fundación de Educación para la Salud del Hospital Clínico de San Carlos Primer (FUNDADEPS) y Asociación Española de la Cama (ASOCAMA). *Primer estudio sobre salud y descanso*. Madrid: FUNDADEPS, 2009.
24. Baumann-Vogel H, Hoff S, Valko PO, Poryazova R, Werth E, Baumann CR. Extending sleep to confirm insufficient sleep syndrome is challenging. *J Sleep Res*. 2021 Jun; 30(3): e13109.

Anexo 1. Encuesta

BLOQUE 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

D.1. Eres (RESPUESTA ÚNICA)

CÓDIGOS

Hombre 1 → n = 1.700

Mujer 2 → n = 1.700

D.2. ¿Podrías decirme tu **edad**?

años

(CLASIFICAR SEGÚN D.2)

Menos de 18 años 1 → FIN ENTREVISTA

De 18 a 23 años 2 → n = 1.133

De 24 a 29 años 3 → n = 1.133

De 30 a 34 años 4 → n = 1.134

Más de 34 años 6 → FIN ENTREVISTA

D.3. ¿En qué **provincia** resides? (SOLO UNA RESPUESTA VÁLIDA)

Álava	1	La Rioja	27
Albacete	2	Las Palmas	28
Alicante	3	León	29
Almería	4	Lugo	30
Asturias	5	Lleida	31
Ávila	6	Madrid	32
A Coruña	7	Málaga	33
Badajoz	8	Murcia	35
Baleares	9	Navarra	36
Barcelona	10	Orense	37
Burgos	11	Palencia	38
Cáceres	12	Pontevedra	39
Cádiz	13	Salamanca	40
Cantabria	14	S.C. Tenerife	41
Castellón	15	Segovia	42
Ciudad Real	17	Sevilla	43
Córdoba	18	Soria	44
Cuenca	19	Tarragona	45
Girona	20	Teruel	46
Granada	21	Toledo	47
Guadalajara	22	Valencia	48
Guipúzcoa	23	Valladolid	49
Huelva	24	Vizcaya	50
Huesca	25	Zamora	51
Jaén	26	Zaragoza	52

D.4. ¿En qué comunidad autónoma resides? **CLASIFICAR SEGÚN D.3** → n = 200 por comunidad

Andalucía	1	Comunidad Valenciana	10
Aragón	2	Extremadura	11
Asturias, Principado de	3	Galicia	12
Baleares, islas	4	Madrid, Comunidad de	13
Canarias	5	Murcia, Región de	14
Cantabria	6	Navarra, Comunidad Foral de	15
Castilla y León	7	País Vasco	16
Castilla-La Mancha	8	Rioja, La	17
Cataluña	9		

D.5. ¿La **localidad** donde resides tiene...? (**CLASIFICAR SEGÚN D.3**)

Menos 30.000 habitantes	1
De 30.000 a 500.000 habitantes	2
Más de 500.000 habitantes	3

D.6. ¿Podrías indicar cuál es tu **nivel de estudios** terminados? (**RESPUESTA ÚNICA**)

ANALIZAR RESULTADOS POR ESTOS GRUPOS		
Sin estudios o estudios no universitarios	Sin estudios	1
	Primarios	2
	Secundarios (ESO/bachillerato)	3
	Secundarios (Formación profesional)	4
Estudios universitarios	Universitarios	5
	Posgrado	6

D.7. ¿En cuál de las siguientes situaciones te encuentras actualmente? (**RESPUESTA MÚLTIPLE**)

ANALIZAR RESULTADOS POR ESTOS GRUPOS		
Trabaja	Trabaja	1
	Jubilado/a o pensionista	2
No trabaja y/o cobra una prestación	Parado/a cobrando subsidio de desempleo	3
	Estudiante	4
Parado o no cobra prestación	Parado/a sin cobrar subsidio de desempleo	5
	Trabajo doméstico no remunerado	6
	Otra situación	7

D.8. ¿Cómo consideras que es o ha sido tu rendimiento académico? (**RESPUESTA ÚNICA**)

Muy bueno	4
Bueno	3
Regular	2
Malo, he abandonado los estudios	1

D.9. ¿Podrías indicar qué ingresos mensuales percibes? (RESPUESTA ÚNICA)

ANALIZAR RESULTADOS POR ESTOS GRUPOS		
Hasta 1.500€	Menos o igual a 300 €	1
	De 301 a 600 €	2
	De 601 a 900 €	3
	De 901 a 1.200 €	4
	De 1.201 a 1.500 €	5
De 1.501 a 2.500 €	De 1.501 a 2.500 €	6
	De 2.501 a 3.000 €	7
Más de 2.500 €	De 3.001 a 4.000 €	8
	De 4.001 a 5.000 €	9
	De 5.001 a 6.000 €	10
	Más de 6.000 €	11
	Todavía no tengo ingresos	12
	NS/NC	96

D.10. ¿Con quién vives actualmente? (RESPUESTA ÚNICA)

Solo en una vivienda	1
Con mi pareja	2
Con mi pareja e hijo/s	3
Sin pareja, con hijo/s	4
Con otros familiares (padres u otros)	5
Piso compartido	6
Residencia o colegio mayor	7

D.11. ¿Tienes uno/a o más hijos/as a tu cargo? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

D.11.1 Si D.11=1 ¿Cuántos hijos tienes a tu cargo?

 hijos

D.12. Si D.11=1 Preguntar por cada uno de los hijos de D.11.1. ¿Podrías decirme la edad de tus hijos/as?

Hijo 1

 años meses

Hijo 2

 años meses

Hijo 3

 años meses

... ..

... ..

BLOQUE 2. Hábitos de sueño

P.13. Indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: Para mí dormir es tan importante como la alimentación o el ejercicio físico. **(RESPUESTA ÚNICA)**

Muy de acuerdo	4
Parcialmente de acuerdo	3
Parcialmente en desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

P.14. Indica si estás de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación: En general creo que duermo bien y suficiente. **(RESPUESTA ÚNICA)**

Muy de acuerdo	4
Parcialmente de acuerdo	3
Parcialmente en desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

P.15. ¿A qué hora te vas a la cama los días que tienes una ocupación (clase, trabajo)?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.16. ¿A qué hora estás listo/a para dormir, sin ningún otro quehacer nada más que dormir los días que tienes una ocupación (clase, trabajo)?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.17. ¿Cuánto tardas normalmente en dormirte los días que tienes una ocupación? **(RESPUESTA ÚNICA)**

horas minutos

(CLASIFICAR SEGÚN P.17)

< 5 min	1
5-15 min	2
16-30 min	3
31-60 min	4
> 60 min	5

P.18. ¿A qué hora te despiertas definitivamente los días que tienes una ocupación (clase, trabajo)?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.19. ¿A qué hora te levantas los días que tienes una ocupación (clase, trabajo)?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.20. ¿A qué hora te vas a la cama los días libres?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.21. ¿A qué hora estás listo/a para dormir los días libres?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.22. ¿Cuánto tardas en dormirte los días libres?

horas minutos

(CLASIFICAR SEGÚN P.22)

< 5 min	1
5-15 min	2
16-30 min	3
31-60 min	4
> 60 min	5

P.23. ¿A qué hora te despiertas definitivamente los días libres?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.24. ¿A qué hora te levantas los días libres?

horas minutos

Formato 24:00 (horas y minutos)

P.25. ¿Sueles echarte la siesta? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Siempre	4
Casi siempre	3
Casi nunca	2
Nunca	1

P.25.1. **(Si en P.25, se marca 1, 2 o 3)** ¿Cuándo te echas la siesta suele ser ...? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Los días de diario	1
Los días libres	2
Ambos, días de diario y días libres	3

P.26. **(Si en P.25, se marca 1, 2 o 3)** ¿Qué duración suele tener la siesta?

minutos

P.27. ¿Usas la cama para otras actividades diferentes a dormir o el sexo, como, por ejemplo, entretenimiento, leer, estudio, comer o charlar? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Siempre	1
Casi siempre	2
Casi nunca	3
Nunca	4

P.28. ¿Miras pantallas de dispositivos electrónicos (móvil, *tablet*, ordenador o TV) cuando estás en la cama por la noche antes de dormirte? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Siempre	1
Casi siempre	2
Casi nunca	3
Nunca	4

P.29. **(Si en P.28 se marca 1, 2 o 3)** ¿Cuánto tiempo crees que estás con el dispositivo electrónico (móvil, *tablet*, ordenador o TV) antes de dormir?

minutos

P.30. ¿Sueles despertarte a mitad de la noche? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Siempre	1
Casi siempre	2
Casi nunca	3
Nunca	4

P.30.1. **(Si P.30 se marca 1, 2 o 3)** ¿Miras pantallas de dispositivos electrónicos (móvil, *tablet*, ordenador, TV...) cuando te despiertas a mitad de noche? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Siempre	1
Casi siempre	2
Casi nunca	3
Nunca	4

P.31. ¿Sueles activar la función filtro de luz para que las pantallas de los dispositivos electrónicos no te molesten por la noche o utilizas dispositivos con tinta digital (que no emiten luz)? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí	1
No	2

P.32. Indica si tu rendimiento es matutino, es decir, alto por la mañana y decae por la tarde o noche. O si por el contrario tu rendimiento es vespertino, bajo por la mañana y mejora por la tarde o noche. **(RESPUESTA ÚNICA)**

Claramente matutino	1
Más matutino que vespertino	2
Más vespertino que matutino	3
Claramente vespertino	4

P.33. ¿Te sueles quitar horas de sueño por la noche en casa para dedicarlas a ocio o cosas que te interesan por tener poco tiempo para ti durante la jornada? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí	1
No	2

P.34. En la mayoría de los días (al menos 3 días por semana) de los últimos 3 meses, ¿presentas durante el día momentos en que tienes una necesidad incontrolable de dormir? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí, por haber dormido poco previamente	1
Sí, aun cuando previamente he dormido aparentemente lo suficiente	2
No	3

P.35. **(Si en P.34 se marca 1 o 2)** ¿Desaparece el problema de tener mucho sueño cuando consigues dormir más tiempo del habitual o en horario libre de levantarte y acostarte? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí	1
No	2

P.36. **(Si en P.34 se marca 1 o 2)** ¿Consideras que el problema de tener mucho sueño pudiera deberse a alguno de los siguientes motivos? **(RESPUESTA MÚLTIPLE)**

Consumo de alguna droga	1
Consumo de alcohol	2
Consumo de algún medicamento	3
Un trastorno de sueño diagnosticado	4
Un problema de salud mental	5
Una enfermedad	6
Ninguno de los anteriores	7

P.37. En la mayoría de los días (al menos 3 días por semana) de los últimos 3 meses, ¿cuántas horas de cama dedicas a dormir? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Horas

(CLASIFICAR SEGÚN P.37)

Menos de 7 horas	1
≥ 7 horas	2

P.38. ¿En los últimos 3 meses, habitualmente necesitas una alarma o alguien que te despierte para poder levantarte por las mañanas? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí	1
No	2

P.39. Habitualmente, en libertad de horarios (días libres o vacaciones, cuando no usas alarma para despertarte)... ¿cuál de las siguientes frases encaja más con tu realidad? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Duelmo más horas	1
Duelmo más horas y de mejor calidad	2
Igual que siempre	3

P.40. En los últimos 3 meses, ¿habitualmente te resulta difícil levantarte por la mañana, por ejemplo, para ir a trabajar o a clase? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí	1
No	2

P.41. Por favor, marca las opciones que te hayan ocurrido la mayoría de los días (al menos 3 días por semana) en los últimos 3 meses: **(RESPUESTA MÚLTIPLE)**

Dificultad para coger el sueño	1
Despertarme por la noche y costarme volver a dormir	2
Despertarme sin querer más temprano de lo deseado	3
Ninguna de las anteriores ya que duermo bien	4

P.42. Por favor, marca las opciones que te hayan ocurrido la mayoría de los días (al menos 3 días por semana) en los últimos 3 meses, como consecuencia de dormir mal o poco por la noche: **(RESPUESTA MÚLTIPLE)**

Cansancio o fatiga	1
Problemas de atención, concentración o memoria	2
Problemas de rendimiento académico o laboral	3
Mal humor o irritabilidad	4
Somnolencia diurna (sueño en situaciones pasivas)	5
Problemas del comportamiento como hiperactividad, impulsividad o agresividad	6
Problemas de motivación e iniciativa	7
Propensión a errores/accidentes	8
Preocupación o insatisfacción con el sueño	9
Dolor de cabeza	10
Ninguna de las anteriores ya que duermo bien	11

P.43. **(Si en P.41 se marca 1,2 o 3)** ¿Piensas que los problemas para dormir por la noche y las consecuencias durante el día pudieran deberse a alguna de las siguientes causas? **(RESPUESTA MÚLTIPLE)**

Consumo de alguna droga	1
Consumo de alcohol	2
Consumo de algún medicamento	3
Un trastorno de sueño diagnosticado	4
Un problema de salud mental	5
Una enfermedad	6
Ninguno de los anteriores	7

P.44. ¿Consideras que tienes la oportunidad y el tiempo suficientes para dormir cada noche? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí	1
No	2

P.45. ¿Consideras que duermes en un entorno seguro, oscuro, silencioso y cómodo? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Sí	1
No	2

P.46. (Si en D.11 se marca 1) ¿Tienes un sueño fragmentado (despertares y/o tenerte que levantar por la noche) por tener que atender a tu/s hijo/s? (RESPUESTA ÚNICA)

Siempre	1
Casi siempre	2
Casi nunca	3
Nunca	4

P.47. ¿Has tenido algún accidente de tráfico como conductor/a que relacionas con la falta de sueño? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, por falta de atención	1
Sí, por somnolencia	2
No	3

P.48. ¿Te han dicho si eres roncador/a o haces apneas (pausas de respiración) durante el sueño? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, roncador, pero no apneas	1
Sí, roncador y apneas	2
No	3

P.49. ¿A menudo cuando estás en la cama tienes sensaciones incómodas y desagradables en las piernas, que se alivian al moverlas? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.50. ¿Tu médico te ha diagnosticado/a de alguno de los siguientes trastornos del sueño? (RESPUESTA MÚLTIPLE)

Trastorno de insomnio crónico	1
Apnea obstructiva del sueño	2
Síndrome de piernas inquietas	3
Síndrome de retraso de fase de los ritmos circadianos	4
Trastorno circadiano por trabajo por turnos	5
Narcolepsia	6
Sonambulismo	7
Hipersomnia idiopática	8
Ninguno de los anteriores	9

BLOQUE 3. Hábitos de vida y estado de salud

P.51. (Si en D.7 se marca 1, 4 o 6, hacer de P.51.1 a P.51.4) Nos has dicho que trabajas (código 1), (y) estudias (código 4), (y) realizas tareas domésticas (código 6)? (RESPUESTA ÚNICA)

P.51.1 (Si en D.7 se marca 1) ¿En qué horario trabajas (código 1)? (Formato 24 horas)?

De las a las horas

Y de las a las horas

P.51.2. (Si en D.7 se marca 4) ¿En qué horario estudias (código 4)? (Formato 24 horas)?

De las a las horas

Y de las a las horas

P.51.3. (Si en D.7 se marca 6) ¿En qué horario realizas tareas domésticas (código 6) (Formato 24 horas)?

De las a las horas

Y de las a las horas

P.51.4. (Si en D7 se marca 1, hacer P.51.4) ¿Trabajas por turnos rotatorios/horario irregular? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.52. ¿Fumas tabaco a diario? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.53. ¿Tomas café? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.53.1. (Si en P.53 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (< 1 vez/semana)	1
Sí, con baja frecuencia (2-3 veces/semana)	2
Sí, diariamente, 1-3 unidades/día	3
Sí, diariamente, 3-6 unidades/día	4
Sí, diariamente, > 6 unidades/día	5

P.54. ¿Tomas té? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.54.1. (Si en P.54 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (< 1 vez/semana)	1
Sí, con baja frecuencia (2-3 veces/semana)	2
Sí, diariamente, 1-3 unidades/día	3
Sí, diariamente, 3-6 unidades/día	4
Sí, diariamente, > 6 unidades/día	5

P.55. ¿Tomas refrescos de cola con cafeína? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.55.1. (Si en P.55 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (< 1 vez/semana)	1
Sí, con baja frecuencia (2-3 veces/semana)	2
Sí, diariamente, 1-3 unidades/día	3
Sí, diariamente, 3-6 unidades/día	4
Sí, diariamente, > 6 unidades/día	5

P.56. ¿Tomas bebidas energéticas con cafeína tipo “Red Bull”? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.56.1. (Si en P.56 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (< 1 vez/semana)	1
Sí, con baja frecuencia (2-3 veces/semana)	2
Sí, diariamente, 1-3 unidades/día	3
Sí, diariamente, 3-6 unidades/día	4

P.57. ¿Consumes alguna otra sustancia estimulante (por ejemplo, cocaína)? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.57.1. (Si en P.57 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (1-3 veces/mes)	1
Sí, regularmente (1-3 veces/semana)	2
Sí, frecuentemente (cada día o casi cada día)	3
Sí, diariamente, 3-6 unidades/día	4

P.58. (Si en P.53, P.54, P.55,1, P.56 o P.57 se marca 1) ¿El motivo de consumir (programar según diga café y/o té y/o cola con cafeína y/o bebidas energéticas y/o sustancias estimulantes) es para mantenerte despierto? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.59. ¿Consumes cannabis? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.59.1. (Si en P.59 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (1-3 veces/mes)	1
Sí, regularmente (1-3 veces/semana)	2
Sí, frecuentemente (cada día o casi cada día)	3

P.60. (Si en P.59 se marca 1) ¿El consumo es por la noche para ayudarte a dormir? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.61. ¿Consumes alcohol? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.61.1. (Si en P.61 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (1-3 veces/mes)	1
Sí, regularmente (1-3 veces/semana)	2
Sí, frecuentemente (cada día o casi cada día)	3

P.62. (Si en P.61 se marca 1) ¿El consumo es por la noche para ayudarte a dormir? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.63. ¿Consumes alguna medicación con receta (hipnótico) para dormir? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.63.1. (Si en P.63 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (1-3 veces/mes)	1
Sí, regularmente (1-3 veces/semana)	2
Sí, frecuentemente (cada día o casi cada día)	3

P.64. ¿Consumes algún remedio sin receta (melatonina, hierbas, CBD, dormidina...) para dormir? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2
NS/NC	3

P.64.1. (Si en P.64 se marca 1) ¿Con qué frecuencia? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí, ocasionalmente (1-3 veces/mes)	1
Sí, regularmente (1-3 veces/semana)	2
Sí, frecuentemente (cada día o casi cada día)	3

P.65. ¿Practicas deporte o haces ejercicio físico de forma regular? (RESPUESTA ÚNICA)

Sí	1
No	2

P.66. (Si en P.65 se marca 1) ¿En qué horario sueles practicar ejercicio físico? (RESPUESTA ÚNICA)

Por la mañana	1
Por la tarde entre las 16-19 h	2
A partir de las 19 h	3

P.66.1. (Si en P.65 se marca 1) ¿El ejercicio físico te ayuda a dormir mejor?, ¿o no necesariamente? (RESPUESTA ÚNICA)

Me ayuda mucho	4
Me ayuda bastante	3
Me ayuda poco	2
No me ayuda nada	1

P.67. ¿Cómo calificarías tu alimentación? (RESPUESTA ÚNICA)

Muy saludable (consumo muy frecuente de fruta, verdura, legumbres y cereales integrales, y escaso de alimentos con grasas saturadas, azúcares añadidos y ultraprocesados)	4
Saludable (consumo frecuente de fruta, verdura, legumbres y cereales integrales, y escaso de alimentos con grasas saturadas, azúcares añadidos y ultraprocesados)	3
Poco saludable (consumo poco frecuente de fruta, verdura, legumbres y cereales integrales, y con frecuencia de alimentos con grasas saturadas, azúcares añadidos y ultraprocesados)	2
Nada saludable (consumo nada frecuente de fruta, verdura, legumbres y cereales integrales, y con mucha frecuencia de alimentos con grasas saturadas, azúcares añadidos y ultraprocesados)	1

P.68. ¿Cuánto pesas?

kg gramos

P.69. ¿Cuánto mides?

metros cm

P.70.1. ¿Cuánto tiempo estás al aire libre, expuesto/a a la luz del sol, sin un techo sobre tu cabeza en días laborables?

horas

P.70.2. ¿Cuánto tiempo estás al aire libre, expuesto/a a la luz del sol, sin un techo sobre tu cabeza en días festivos?

horas

P.71. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido nervioso/a y/o estresado/a? (RESPUESTA ÚNICA)

Muy a menudo	4
Bastante a menudo	3
Casi nunca	2
Nunca	1

P.72. En el último mes, ¿ha representado mucho problema el “tener ánimos” para realizar actividades cotidianas? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Muy a menudo	4
Bastante a menudo	3
Casi nunca	2
Nunca	1

P.73. ¿Cómo describirías tu estado actual de salud mental? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Muy bueno	4
Bueno	3
Regular	2
Malo	1

P.74. ¿Estás diagnosticado/a de alguno de los siguientes problemas? **(RESPUESTA MÚLTIPLE)**

Ansiedad	1
Depresión	2
Trastorno bipolar	3
Esquizofrenia	4
Ninguno de las anteriores	5

P.75. ¿Cómo describirías tu estado actual de salud física? **(RESPUESTA ÚNICA)**

Muy bueno	4
Bueno	3
Regular	2
Malo	1

Anexo 2. Criterios diagnósticos de TIC, SRF y SSI

Criterios diagnósticos de TIC		
Criterio A. Síntomas nocturnos, al menos uno de los siguientes:		
A1	Dificultad para coger el sueño	Respuesta 1 en la pregunta 41
A2	Despertar por la noche y costar volver a dormir	Respuesta 2 en la pregunta 41
A3	Despertar sin querer más temprano de lo deseado	Respuesta 3 en la pregunta 41
Criterio B. Síntomas diurnos (debidos a dormir mal o poco por la noche), al menos uno de los siguientes:		
B1	Cansancio o fatiga	Respuesta 1 en la pregunta 42
B2	Problemas de atención, concentración o memoria	Respuesta 2 en la pregunta 42
B3	Problemas de rendimiento académico o laboral	Respuesta 3 en la pregunta 42
B4	Mal humor o irritabilidad	Respuesta 4 en la pregunta 42
B5	Somnolencia diurna	Respuesta 5 en la pregunta 42
B6	Problemas de comportamiento como hiperactividad, impulsividad o agresividad	Respuesta 6 en la pregunta 42
B7	Problemas de motivación e iniciativa	Respuesta 7 en la pregunta 42
B8	Propensión a errores/accidentes	Respuesta 8 en la pregunta 42
B9	Preocupación o insatisfacción con el sueño	Respuesta 9 en la pregunta 42
Criterio C. Los síntomas no pueden ser explicados por falta de oportunidad o condiciones inadecuadas		
C1	Tener la oportunidad y tiempo suficientes para dormir cada noche	Respuesta 1 en la pregunta 44 y respuesta 2 en la pregunta 33
C2	Dormir en un entorno seguro, oscuro, silencioso y cómodo	Respuesta 1 en la pregunta 45
Criterio D. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados ocurren al menos 3 veces por semana		Incluido en la formulación de la pregunta 41 y 42
Criterio E. La alteración del sueño y los síntomas diurnos asociados han estado presentes al menos 3 meses		Incluido en la formulación de la pregunta 41 y 42
Criterio F. La alteración del sueño y los síntomas diurnos no se explican mejor por: otro trastorno de sueño, una enfermedad, un problema de salud mental, medicación o drogas		Respuesta 7 en pregunta 43

Criterios diagnósticos de SRF

Criterio A. Retraso de sueño, dificultad para despertarse	Respuesta 1 en la pregunta 38 y respuesta 1 en la pregunta 40
Criterio B. Síntomas presentes al menos 3 meses	Incluido en la formulación de la pregunta 38 y 40
Criterio C. Mejor calidad y duración del sueño en libertad de horarios	Respuesta 2 en la pregunta 39
Criterio D. Retraso en el sueño habitual	Diferencia de ≥ 2 h entre horas de sueño en días ocupados vs. libres
Criterio E. La alteración del sueño no se explica mejor por: otro trastorno de sueño, una enfermedad, un problema de salud mental, medicación o drogas	Respuesta 7 en la pregunta 36

Criterios diagnósticos de SSI

Criterio A. Somnolencia diurna	Respuesta 1 en la pregunta 34
Criterio B. < 7 horas de sueño (lo mínimo para la edad estudiada)	Respuesta 1 en la pregunta 37
Criterio C. Sueño reducido la mayoría de los días de los últimos 3 meses	Incluido en la formulación de la pregunta 34 y 37
Criterio D. Para despertarse necesita medidas como despertador y duerme más en libertad de horarios	Respuesta 1 en la pregunta 38, respuesta 1 o 2 en la pregunta 39 y diferencia de ≥ 2 h entre horas de sueño en días ocupados vs. libres
Criterio E. Desaparece la somnolencia al dormir más tiempo o en horario libre	Respuesta 1 en la pregunta 35
Criterio F. La alteración del sueño no se explica mejor por: otro trastorno de sueño, una enfermedad, un problema de salud mental, medicación o drogas	Respuesta 7 en la pregunta 36



www.fundacionmapfre.org

Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid