



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"



**El modelo cognitivo del Insomnio en pacientes con depresión mayor hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

**Ma. del Consuelo Hernández González**

**Asesor en sueño: Dr. Alejandro Jiménez Genchi**

**Asesor teórico:  
Dra. Carmen Rojas**

**Asesor metodológico:  
Dr. Miguel Herrera Estrella**

**México D. F. Agosto 2011**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## In Memoriam

A mi **ANGEL**, que ahora abraza mis sueños y me cuida desde donde está.

## **Agradecimientos**

A Dios, porque creo que esta en todo momento y me bendice.

Al Doctor Jiménez Genchi porque de la nada surgió una gran idea y me guio en el proceso.

A mi familia, porque siempre ha estado y espero que siga estando.

A mis amigos, porque son otra familia.

## Índice

Resumen.....	iii
Introducción .....	1
Marco teórico .....	3
Método	
Justificación .....	32
Objetivo general .....	33
Objetivos específicos.....	33
Hipótesis.....	34
Variables.....	34
Muestra .....	34
Criterios de selección.....	35

Tipo de estudio.....	35
Instrumentos .....	36
Procedimiento.....	44
Resultados.....	45
Discusión.....	60
Conclusión.....	64
Referencias bibliográficas.....	65
Anexos	
Anexo 1. Consentimiento informado .....	71
Anexo 2. Inventario rápido de depresión.....	72
Anexo 3. Actitudes y creencias disfuncionales relacionados al sueño.....	74
Anexo 4. Índice de severidad del insomnio .....	75
Anexo 5. Cuestionario de Preocupación de Pensilvania .....	76
Anexo 6. Comportamientos relacionados al sueño.....	77
Anexo 7. Índice de monitoreo de sueño .....	78

## Lista de tablas y gráficas

Gráfica 1. Distribución por género

Gráfica 2. Edad por género

Gráfica 3. Estado civil

Tabla 1. Escolaridad por género

Tabla 2. Confiabilidad de la escala de sintomatología depresiva

Tabla 3. Confiabilidad de la escala de comportamientos relacionados con sueño

Tabla 4. Confiabilidad de la escala de monitoreo relacionado a sueño

Tabla 5. Confiabilidad del cuestionario de actitudes y creencias disfuncionales

Tabla 6. Confiabilidad del Índice de severidad del insomnio

Tabla 7. Confiabilidad del índice de preocupación de Pensilvania

Tabla 8. Descripción estadística

Tabla 9. Correlación entre las escalas

## **Resumen**

En los últimos años la depresión se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costos económicos y sociales. La depresión afecta de manera importante a las funciones físicas, mentales y sociales y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura. Dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida.

Se considera que el insomnio puede ser parte de un patrón generalizado de salud inadecuado, aunque esto no implica que la falta de sueño conduce necesariamente a problemas de salud, más bien, al insomnio se le ha relacionado con diversas alteraciones del estado físico y mental, así como con reducción significativas en la calidad de vida e incluso con incrementos en la utilización de servicios de salud.

Un episodio depresivo se asocia con una peor calidad de vida, siendo el insomnio factor importante en esta situación. El insomnio en los episodios depresivos se asocia con mayores problemas en la vida diaria, a diferencia de los cuadros depresivos donde no se presenta el insomnio.



Los objetivos de este estudio fueron describir las características clínicas como la sintomatología depresiva, la gravedad del insomnio, las creencias disfuncionales relacionadas al sueño, los comportamientos relacionados con el sueño, el monitoreo relacionado con sueño y las preocupaciones, de un grupo de pacientes deprimidos hospitalizados.

También se determinó la confiabilidad de las traducciones al español de las escalas de sintomatología depresiva, índice de severidad del insomnio, creencias disfuncionales, comportamientos relacionados con el sueño, monitoreo relacionado con el sueño, preocupaciones.

Durante el mes de mayo se captó a los pacientes que fueron hospitalizados, en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", cumpliendo criterios para un cuadro depresivo, que en todos los pacientes se considero grave, ya que presentaban ideación suicida, además presentaran dentro de la sintomatología insomnio. Se recolectaron 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio. Se les explico en qué consistía el estudio, sobre la confidencialidad del mismo y la necesidad de contestar los cuestionarios auto aplicables. A los pacientes que tenían problemas para entender los cuestionarios o que no sabían leer se les leyeron los cuestionarios y las opciones a contestar.

Asimismo se excluyeron aquellos pacientes que presentaban: cuadro depresivo sin insomnio, cuadro depresivo con síntomas psicóticos, aquellos que no quisieron participar en el estudio.

La información socio demográfica se presenta en medias, desviación estandar (DE) y proporciones, según corresponda. Las calificaciones en los diferentes instrumentos se presentan en medias y DE. Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos se calculó el alfa de Cronbach, tanto para los instrumentos compuestos por todos sus reactivos como para los instrumentos eliminando uno de los reactivos. Asimismo se estimaron los coeficientes de correlación (de Pearson) entre cada reactivo y la suma total, en cada uno de los instrumentos. La relación entre las puntuaciones en los diferentes instrumentos se determinó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Se captaron un total de 30 pacientes de los que el 80% fueron mujeres (n=24), el 20% hombres (n=6), con una edad promedio general de 38.5 años (DE 11.2), en las mujeres 38.1 años (DE 11.5), hombres 39.8 años (DE 10.5). Con escolaridad en años para los hombres de 22 años como máximo, presentando las mujeres incluso pacientes que solo sabían leer y escribir.

Con la aplicación de los diferentes cuestionarios, los cuales se correlacionan de manera directa con el insomnio, se pudo comprobar el papel primordial que juegan las preocupaciones como factor cardinal del insomnio. La interacción de la depresión en el modelo cognitivo, que previamente solo se ha

aplicado a pacientes con insomnio primario, nos muestra en el estudio que las preocupaciones, similar a lo encontrado en otros estudios, son la base en la generación y mantenimiento del insomnio. Apoyando a la presencia de las preocupaciones, los comportamientos de seguridad que no disminuyen el insomnio, sino por el contrario lo intensifican, el monitoreo, las creencias disfuncionales, todos ellos situaciones que pueden empeorar la evolución del padecimiento

## Introducción

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio. (6)

Algunos estudios de seguimiento han podido demostrar que el insomnio persistente incrementa el riesgo de desarrollar depresión severa y quizás ansiedad y adicciones. A pesar de ello, existe cierto debate acerca de la relación causal entre insomnio y depresión, pues el mecanismo responsable de este vínculo no es del todo claro, pues hay quienes consideran que los trastornos del sueño son manifestaciones comunes de depresión severa y ansiedad, y el insomnio que se observa previo a la aparición de depresión no es más que un pródromo de la enfermedad, o bien, un síntoma muy temprano de depresión sub clínica, o el resultado de otros factores involucrados en la etiología de depresión.(15)

La depresión mayor comúnmente ocurre con insomnio. Aunque la relación entre depresión e insomnio es bien conocida y se remonta al fundador de la psiquiatría moderna Kraepelin, esta conceptualización ha sido modificada radicalmente en la última década

La aparición del insomnio, a menudo se asocia con diversos factores. La evidencia sugiere que los acontecimientos estresantes, trastornos psicológicos, trastornos del sueño y alteraciones en el medio ambiente coinciden con el inicio del insomnio. Aunque muchos de los episodios de insomnio agudo o sub agudo se resuelven con el tiempo, estos primeros estados de insomnio pueden representar la base de una condición a largo plazo. Además de que puede ser visto como una plataforma desde donde es posible identificar mecanismos que influyen en el insomnio con el tiempo. (24)

Hay evidencia limitada de que las alteraciones en la homeostasis del sueño pueden servir para predisponer, precipitar y/o perpetuar el insomnio. Dado que los pacientes con insomnio tienden tener menos tiempo de sueño total que las personas que duermen bien, se espera que tengan menor latencia del sueño en el MSLT. La mayoría de los estudios MSLT han demostrado que los pacientes con insomnio tienen una latencia normal, o más larga que la normal. Esto sugiere una posible reducción en la unidad de sueño y por lo tanto una homeostasis del sueño alterada. (32)

# Modelo cognitivo del Insomnio, en pacientes con depresión mayor, hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

## Marco teórico

### Aspectos históricos y definición

Inicialmente denominada melancolía y frecuentemente confundida con ella, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la psiquiatría, ya era conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad.

La cultura griega clásica explicaba todas las enfermedades y los cambios de temperamento o "humor" a partir de la influencia de cuatro líquidos corporales denominados "humores": la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla. Según esta teoría de los cuatro humores propuesta por Hipócrates un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos (maníacos, en la terminología actual), mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. El término "bilis negra" o μελαγχολία ("melancolía", μελαγ: melán, negro; χολη: jole, hiel, bilis) pasó a convertirse en sinónimo de tristeza. (1)

Ishaq Ibn Imran, en el siglo X, en Bagdad describe en su *Maqâla fî âl-Malîhûliyâ* que en estos pacientes hay sentimientos de angustia y soledad debidos a una idea irreal. Incluye algunos síntomas somáticos como la pérdida de peso y sueño. La melancolía puede surgir por motivos como el miedo, el tedio o la ira. Distingue, entonces, entre tristeza, ansiedad,

angustia, trastornos psicossomáticos y somato psíquicos y propone tratamientos ambientales (una incipiente propuesta de psicoterapia) y farmacéuticos. (1)

Al-Razi, médico jefe del hospital de Bagdad, primero en poseer una sección dedicada a los enfermos mentales, enfatiza en su obra médica la necesidad de valorar los aspectos psicológicos del paciente a la hora de hacer una valoración global. Sobre la melancolía, anticipa un método de tratamiento psicodinámico consistente en recomendar al paciente trabajos que le liberen de su ociosidad y la conversación frecuente con personas juiciosas que les muestren lo infundado de sus preocupaciones. (2)

Robert Burton (1577-1640), dedicó casi toda una vida a redactar su Anatomía de la Melancolía, un largo ensayo médico y filosófico en el que resume todos los conocimientos habidos hasta esa fecha sobre el tema. En sus tres tomos se ofrece una concepción multifactorial de la depresión, según la cual la enfermedad no tiene una única causa, sino que puede tener varias: desde el amor a la religión, pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento. (1, 3)

La transformación de la sociedad a partir del siglo XVII, determinaron una ruptura con las teorías clásicas sobre la melancolía. Thomas Willis (1621-1675) será el primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores y atribuirá a los procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad. Es considerado el pionero de la neuroanatomía, y sus trabajos en el campo de la depresión le llevan a publicar en 1672 un tratado sobre el tema en el que mantiene la base del miedo y la tristeza en cuanto a la sintomatología, pero en el que introduce por primera vez el concepto de afectación de la

conciencia frente a la afectación de la conducta, lo que dará origen a los conceptos de locura parcial y locura general. (1)

William Cullen se dedica durante la segunda mitad del siglo XVIII a clasificar minuciosamente las enfermedades, incluyendo a la melancolía dentro del apartado de neurosis, o "enfermedades nerviosas", según la nueva nomenclatura fundada en los recientes hallazgos neurofisiológicos. (1, 3)

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina de y premere (empujar u oprimir hacia abajo). Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII. Richard Blackmore, médico de Guillermo III de Inglaterra y poeta, habla en 1725 de estar deprimido en profunda tristeza y melancolía. Robert Whytt, 1764, relaciona depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía. En 1808, hacia el siglo XIX el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario. (2)

El padre de la psiquiatría moderna, Philippe Pinel, llega a la medicina después de un intenso estudio de las matemáticas, lo que le permite disponer de una óptica ligeramente diferente a la del resto de médicos de su época. Desde su punto de vista el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, inaugurando una época de causas morales, sin atacar a esas causas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto. (2)

Jean-Etienne-Dominique Esquirol acometió la reforma psiquiátrica de espíritu positivista que sentó las bases de la identificación entre loco y enfermo mental. Adoptó el término de



monomanía para algunos tipos de melancolía, y apuntó por primera vez, de una manera muy adelantada, a la "enfermedad" (*monomanía instintiva*) como causa de determinados comportamientos delictivos. (1, 4)

La monomanía, la manía, la melancolía, son conjuntos de síntomas que difícilmente ayudan a tipificar a los pacientes. En este contexto Jean-Pierre Falret describe en 1854 la locura maniaco-depresiva en su tratado "Acerca de la locura circular o forma de enfermedad mental caracterizada por la alternancia regular de la manía y de melancolía". (3)

Wilhem Griesinger empleó por primera vez el término estados de depresión mental como sinónimo de melancolía. Emil Kraepelin la designa como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo; afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que se le atribuye. Adolf Meyer propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión. (3)

La bio psiquiatría ha llegado más lejos explicando a través de mecanismos farmacológicos cómo la interacción de determinados neurotransmisores influye en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión.

La Organización Mundial de la Salud definió a la depresión como "Trastorno mental que se presenta con humor depresivo, anhedonía, sentimientos de culpa, sentimientos de minusvalía, alteraciones en el sueño y hambre, baja energía y problemas de concentración. Este problema puede ser crónico o recurrente y condiciona importantes daños en los individuos y en la habilidad para tomar responsabilidades.

## **Epidemiología**

En el 2006 se realizó un estudio en México sobre las enfermedades psiquiátricas y su epidemiología, formando parte de la Organización Mundial de la Salud. En un estudio previo de la prevalencia en 12 meses, se correlacionó la severidad y las variables socio demográficas de 12 trastornos que se encuentran en el DSM – IV. La primera encuesta a nivel nacional reporta que los trastornos psiquiátricos se presentaron en un 26.1% de los mexicanos, en algún momento de su vida. Estos datos son menores a los encontrados en Estados Unidos, los Países bajos, menor que Brasil, Canadá y Alemania y el doble de los que se presentan en Turquía. (5)

También presentó la prevalencia más baja en comparación con otros países de América, como Colombia y los Estados Unidos. Los rangos de inicio de las enfermedades son menores que en Ucrania (31.6) y que los Estados Unidos (46.4%), pero más alta que lo reportado en Nigeria (12.1%). El estudio que realizó Vega en 1998 reportó que los mexicanos que habían emigrado 13 años previamente a Fresno California tenían similar prevalencia a lo largo de la vida que los mexicanos, pero los mexicanos que tenían más de 13 años que habían emigrado tenían los mismos rangos que la población estadounidense. Esto sugiere que los factores culturales en México pueden ser responsables de la baja prevalencia. (5)

Los trastornos psiquiátricos se presentan a edades más tempranas en México. La mitad de la población presenta un trastorno psiquiátrico a los 21 años, situación que tiene una importante repercusión sobre la educación, elección de carrera, relaciones de pareja, y la identidad sexual. Se ha encontrado que los adolescentes con depresión presentan problemas a nivel social, laboral y familiar, con un deterioro de 9 a 10 años, comparados con los

adolescentes sin depresión. En México, los pacientes con depresión de inicio temprano tienen menos probabilidades de recibir atención y tratamiento oportuno. (5)

Los predictores socio demográficos son consistentes con los encontrados en otros países; las mujeres tienen mayor riesgo para presentar trastornos de ansiedad y los trastornos del afecto, menor riesgo para los trastornos del control de impulsos y los trastornos por sustancias, los más jóvenes tienen mayor riesgo para la mayoría de los trastornos y los que tienen un nivel escolar bajo tienen mayor riesgo para los trastornos por abuso de sustancias. Actualmente los estudiantes presentan menor riesgo para el consumo de sustancias y los trastornos del estado de ánimo. Esto es debido a la protección otorgada por la educación, el medio ambiente. (6)

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio. (6)

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres. (6)

Las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de depresión se mantienen de manera consistente independientemente del grupo de edad estudiado; el porcentaje de individuos afectados, por otro lado, se incrementa con la edad en ambos sexos. En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. La prevalencia en mujeres menores de 40 años de edad es significativamente menor que la de los otros dos grupos analizados ( $p < 0.01$ ). Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores. (6)

Las diferencias entre los tres grupos de edad analizados son estadísticamente significativas en el caso de los hombres ( $p < 0.05$ ). Un análisis por regresión logística muestra que la probabilidad de presentar un episodio de depresión se incrementa, en promedio, poco más de 2% por cada año de edad adicional, con una intensidad ligeramente mayor entre los hombres. Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y

depresión fue similar en hombres y mujeres. La prevalencia de depresión en hombres es menor. (6)

El insomnio es una de las quejas principales de salud. Aproximadamente el 9% de la población general presenta insomnio de manera periódica, y 30% de manera ocasional. Las tasas de incidencia reportadas en estudios longitudinales varían ampliamente según la población estudiada, en intervalo de tiempo y la definición de insomnio usada. El insomnio es más frecuente entre las mujeres y personas con enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos y situación de estrés. La prevalencia del insomnio es más alto en personas con poca educación. (7,8)

La prevalencia del insomnio entre el insomnio primario, insomnio asociado a otro trastorno mental, asociado a uso de sustancias, asociado a otro trastorno mental, varía entre 4.4 y 6.4%. El insomnio primario fue el diagnóstico más frecuente, con prevalencia entre 2 y 4%, seguida del insomnio asociado a otro trastorno mental con prevalencia de 1% -3%. Un tercio de los pacientes con insomnio tiene síntomas de sueño insatisfactorio, recibiendo un diagnóstico de trastorno mental. (7,8)

### **Impacto de la depresión**

En los últimos años la depresión se ha convertido en un objetivo prioritario en salud pública debido a su elevada prevalencia y a las consecuencias que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costos económicos y sociales. El proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) determinó que el 13% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida y un 4% lo hizo en

los 12 meses previos a la realización del estudio. El número total de personas que padecen depresión en Europa alcanzó los 21 millones en el año 2004. (9, 10)

La depresión afecta de manera importante a las funciones físicas, mentales y sociales y se asocia con un mayor riesgo de muerte prematura. Dependiendo de su gravedad, puede dificultar la capacidad del paciente para realizar actividades básicas de la vida diaria, causando un gran deterioro en su funcionamiento habitual y en su calidad de vida. En un reciente examen sobre la situación mundial de la salud mental se ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación con otras enfermedades crónicas como angina, artritis, asma y diabetes. Así, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en Europa y en el mundo en términos de años de vida ajustados por discapacidad, y la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de incapacidad en el mundo, tras la patología cardiovascular. (9, 10)

Pero la depresión afecta tanto a los pacientes como al conjunto de la sociedad, ya que tiene un impacto económico en la comunidad que va más allá de los costos directos vinculados con el uso de servicios sanitarios. La depresión afecta al rendimiento laboral del individuo e implica elevados costos derivados de la pérdida de productividad y del absentismo laboral. Además hay otros costes intangibles, como, por ejemplo, los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares. Por tanto, la estimación del costo económico de esta enfermedad constituye un aspecto fundamental para el mejor conocimiento de la magnitud del problema de salud y para la distribución eficiente de recursos sanitarios, humanos y materiales. (9, 10)

Los estudios de costos de la enfermedad tienen como objetivo estimar cuánto se gasta la sociedad en una patología concreta e identificar los diferentes componentes del gasto. Estos estudios son complementarios a los de morbi mortalidad y de gran relevancia a la hora de establecer políticas sanitarias destinadas a reducir los efectos indeseables de las enfermedades sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en general. (9, 10)

Desde que a principios de la década de 1990 se publicaron en Europa y Estados Unidos los estudios de referencia sobre costos de la depresión, diversos autores han avanzado en el conocimiento del impacto económico de esta enfermedad. Recientemente se han publicado varias revisiones de la literatura al respecto, así como los resultados del proyecto europeo sobre «Costos de las patologías cerebrales en Europa», incluyendo la depresión. (9, 10)

Luppa realizó una revisión sistemática de los estudios de costos de la depresión, evaluando la calidad metodológica y comparando los resultados. Los autores concluyeron que la depresión está asociada a un incremento considerable de los costos directos e indirectos. A pesar de las diferencias metodológicas en la estimación de los costos entre las 24 publicaciones localizadas, la media anual de los costes directos adicionales por paciente deprimido varía en un rango de \$1.000-2.500 dependiendo de los diferentes modos de financiación. Los costos directos incluyen los costos médicos (gasto farmacéutico, hospitalario y ambulatorio) y no médicos (servicios sociales y transporte). Pocos estudios incluyen la valoración de costos indirectos, lo que hizo más difícil su estimación: \$2.000-3.700 para costos de morbilidad (incapacidad, pérdida o restricción de la capacidad laboral atribuible a la enfermedad) y \$200-400 para costos de mortalidad (pérdida de productividad a causa de la muerte prematura). (11)

Sobocki realizó en el año 2006 una revisión de la literatura sobre estudios de costos de la depresión analizando 19 publicaciones. Aunque las diferencias en el diseño, objetivo y metodología aplicada en los diferentes estudios dificultó la comparación directa entre todos ellos, el autor concluye que los resultados claramente indican que el gasto de la depresión situado fuera del sector sanitario constituye la mayor parte, variando entre un 61 y 97% del costo total.(12, 14)

Donahue y colaboradores han observado en la bibliografía existente que la depresión conlleva una elevada utilización de recursos y gastos, muchos de los cuales no son resultado del costo de los tratamientos. La depresión es también una causa importante de ausentismo y disminución de la productividad laboral: se ha observado que los trabajadores con depresión cuentan entre 1,5 y 3,2 más días de incapacidad laboral transitoria al mes que sus compañeros no deprimidos.(13)

Según los autores, las publicaciones existentes sobre el impacto del tratamiento en los costos laborales sugieren que las ganancias obtenidas al reducir el ausentismo y mejorar la productividad en el trabajo pueden compensar el costo de los tratamientos para la depresión.(11,12,13, 14)

### **Impacto del insomnio**

Se considera que el insomnio puede ser parte de un patrón generalizado de salud inadecuado, aunque esto no implica que la falta de sueño conduce necesariamente a problemas de salud, más bien, al insomnio se le ha relacionado con diversas alteraciones del estado físico y mental, así como con reducción significativas en la calidad de vida e incluso



con incrementos en la utilización de servicios de salud. El hecho es que, para poder hablar de una repercusión del insomnio sobre la salud, se requiere evidencia de causalidad y no todos los diseños utilizados en estudios publicados hasta el momento pueden demostrarla; sin embargo, se han encontrado un buen número de asociaciones estadísticamente significativas entre insomnio y varias condiciones médicas.(15)

Dentro de las condiciones médicas que se han asociado con el insomnio están artritis, reflujo gastro esofágico, enfermedad de arterias coronarias, falla cardíaca congestiva, insuficiencia renal terminal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y diabetes. También se han encontrado comorbilidades del insomnio con alteraciones músculo-esqueléticas y problemas de la próstata, de la misma forma, con hipertensión arterial, migraña, y con un pobre estado de salud percibida. La enfermedad de Parkinson y Alzheimer están asociadas con una alta prevalencia de insomnio y otros trastornos del sueño.(15)

Algunos estudios de seguimiento han podido demostrar que el insomnio persistente incrementa el riesgo de desarrollar depresión severa y quizás ansiedad y adicciones. A pesar de ello, existe cierto debate acerca de la relación causal entre insomnio y depresión, pues el mecanismo responsable de este vínculo no es del todo claro, pues hay quienes consideran que los trastornos del sueño son manifestaciones comunes de depresión severa y ansiedad, y el insomnio que se observa previo a la aparición de depresión no es más que un pródromo de la enfermedad, o bien, un síntoma muy temprano de depresión sub clínica, o el resultado de otros factores involucrados en la etiología de depresión.(15)

Los costos del insomnio pueden clasificarse como económicos y no económicos. Los costos económicos son todos aquellos susceptibles de cuantificarse en términos monetarios, y

se dividen en costos directos (médicos y no médicos) e indirectos, mientras que los no económicos son todos aquellos costos intangibles que pueden quedar circunscritos al ámbito social del paciente.

La estimación de los costos del insomnio ha significado un verdadero reto metodológico para los investigadores por varias razones. En primer lugar, la medicina del sueño es una disciplina joven y por lo tanto, las implicaciones de las alteraciones del sueño y magnitud de los problemas relacionados con ellas no están bien delineadas. En segundo lugar, algunos autores, consideran que el insomnio ha recibido poco reconocimiento por parte de médicos y por lo tanto no se brinda tratamiento a todos los afectados, dando como resultado subestimaciones en costos; esto se ha atribuido a que el paciente no se percibe así mismo afectado por el insomnio y no le reporta a su médico los síntomas, o bien usa tratamientos alternativos, tales como: antihistamínicos o alcohol, cuyos costos son difíciles de medir; también existe la posibilidad de que los profesionales de la salud no busquen intencionadamente problemas de insomnio en sus pacientes.(15)

La misma dificultad que existe para demostrar causalidad en los estudios epidemiológicos, es la que han enfrentado los expertos al estimar los costos atribuibles al insomnio, pues ha sido muy complicado separar los efectos de éste, de los efectos de las enfermedades concomitantes; a esto hay que agregar, que las estimaciones de la prevalencia varían primordialmente, por el uso de diferentes definiciones del insomnio. A pesar de estas dificultades, se han hecho intentos importantes para evaluar las consecuencias económicas de ésta alteración.

Al parecer los costos indirectos producen mayor impacto económico, pero también son más difíciles de cuantificar, por lo tanto, las estimaciones deben tomarse con cautela, ya que están basadas en datos que no demuestran con claridad en qué medida el insomnio es causa, efecto, o está correlacionado con un pobre estado de salud general. Lo que sí se ha evidenciado, es que el insomnio tiene repercusiones de carácter laboral que afectan directamente al sector productivo de un país. Se ha documentado mayor somnolencia diurna y fatiga en trabajadores insomnes, lo que trae consigo pérdidas de productividad, incluso se ha observado menor satisfacción laboral y menos ascensos en los puestos de trabajo en la población afectada; es decir, la asociación entre insomnio y baja eficiencia es muy significativa. (15)

El ausentismo laboral es 1.4 a 2 veces más frecuente en los trabajadores con insomnio que en los que no reportan el problema, lo que de acuerdo con algunas estimaciones, se traduce para el empleador en un costo anual de 4,800 dólares por trabajador. También son más frecuentes los accidentes de trabajo entre los insomnes; en un estudio de seguimiento a 20 años, se estimó un riesgo 1.89 de sufrir un accidente de trabajo fatal para los trabajadores con insomnio. (15)

Se ha especulado que cierto tipo de empleos pueden dar lugar al insomnio vía el estrés y algunos otros factores del ambiente de trabajo, tales como turno, rotación de turnos y rotación de cargas laborales. Sin embargo, Sivertsen y colaboradores, en un estudio de cohorte histórico, encontraron que el insomnio es un fuerte predictor de discapacidad laboral permanente (OR = 3.9, [IC95% = 3.2 - 4.76]), y aún después de ajustar por morbilidad psiquiátrica y física, y por hábitos relacionados con la salud, ésta asociación continuó siendo significativa (OR = 1.75, [IC95% = 1.4 - 2.2]). (16)

Dentro de los costos intangibles del insomnio podemos mencionar un importante efecto negativo sobre la calidad de vida; los pacientes con este trastorno, han reportado en varios estudios, disminuciones significativas en el funcionamiento diurno en diversos aspectos, incluyendo emocional, social y físico. Aún controlando el efecto de enfermedades concomitantes, los individuos con insomnio refieren un deterioro significativo en el desempeño de sus actividades y una reducción general en su calidad de vida. El insomnio crónico dificulta la concentración, afecta memoria y habilidad para realizar tareas con grado de dificultad de mínimo a moderado. (15, 16)

### **Depresión e insomnio**

Los problemas para dormir siempre se han relacionado con problemas afectivos. Esta queja ha sido tradicionalmente considerada como un síntoma de la depresión, actualmente puede ocurrir y presidir el desarrollo de un cuadro depresivo. Recientemente, tres estudios epidemiológicos concluyeron que el insomnio es un factor de riesgo para depresión. (17, 18)

En el primero, los pacientes con insomnio persistente tuvieron tres veces más riesgo para desarrollar depresión en un año, a diferencia de los pacientes sin insomnio. En el segundo, cuatro síntomas depresivos fueron asociados con el desarrollo de nuevos episodios de depresión. Estos síntomas fueron problemas para dormir, sentimientos de culpa, disminución de la concentración y de la libido. (19)

Los problemas para dormir solo predijeron nuevos episodios en las mujeres. En el tercer estudio, ajustado por sexo, el riesgo relativo de nuevos cuadros depresivos fue cuatro

veces mayor en pacientes con historia de 2 o más semanas con insomnio, comparados con los que no presentaban insomnio. (19)

La depresión mayor comúnmente ocurre con insomnio. Aunque la relación entre depresión e insomnio es bien conocida y se remonta al fundador de la psiquiatría moderna Kraepelin, esta conceptualización ha sido modificada radicalmente en la última década. (20, 21)

Más recientemente el insomnio ha sido considerado como un trastorno primario y de manera concomitante con otros trastornos. Sin embargo la relación del enlace entre la depresión y el insomnio crónico pueden coexistir años antes del primer episodio depresivo. La quinta edición del DSM probablemente abandone el concepto de insomnio primario y secundario para introducir el insomnio como un trastorno aparte. (20, 22)

La relación entre el insomnio y la depresión sugieren que estas condiciones no se asocian al azar. El insomnio es ahora considerado no solo un síntoma, sino un posible predictor de la depresión. Ford y Kamerow (1989) fueron los primeros que notaron la relación, basada en un estudio epidemiológico longitudinal. Desde hace 10 años, más de 40 estudios han sido publicados evaluando esta cuestión. (20, 21)

Si el insomnio es un predictor de la depresión, un tratamiento temprano y adecuado puede contribuir para prevenir el desarrollo de una depresión. Este punto de vista puede ser soportado por algunos estudios que muestran que la terapia cognitivo conductual es eficaz solo en pacientes con síntomas de insomnio y depresión, y se aseguran mejores resultados en esta población que solo con tratamiento antidepresivo. (22)

## Sueño

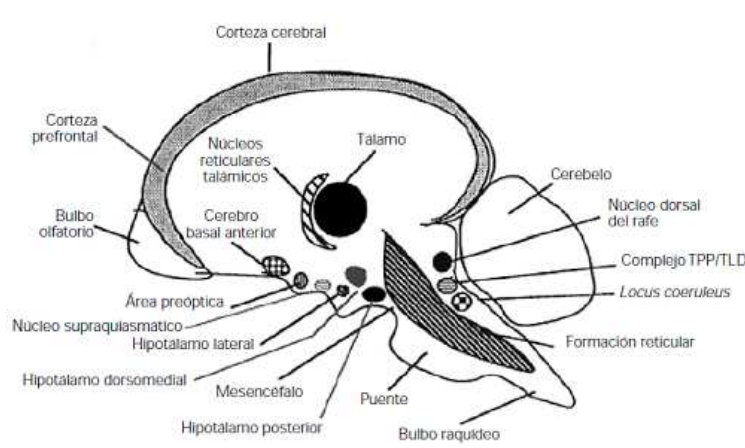
La actividad eléctrica cerebral de las neuronas de varias estructuras cerebrales es diferente a lo largo de la vigilia, el sueño no MOR y el sueño MOR (movimientos oculares rápidos). Para la detección de los grupos neuronales que se activan en estos estados de vigilancia se han usado indicadores metabólicos de dicha activación. Así, mediante tomografía por emisión de positrones se ha demostrado que la actividad metabólica cerebral es mínima durante el sueño no REM, en comparación con la observada durante la vigilia, principalmente en estructuras como el tálamo, los núcleos de la base, el hipotálamo y la corteza prefrontal, parietal y temporomedial. (23)

En esta fase, el cerebro presenta una actividad tan baja, que parece estar 'desconectado' del medio externo. Adicionalmente, no se presenta de forma espontánea el ritmo de 40 Hz, que se ha asociado con procesos cognitivos. En contraste, en el sueño MOR se observa una intensa actividad en el tallo cerebral, el tálamo, la corteza occipital, los lóbulos pre frontales en su parte media-basal, y el sistema límbico (amígdala, hipocampo y circunvolución del cíngulo). Por el contrario, la actividad de la corteza parietal, pre frontal dorsolateral y la del cíngulo posterior disminuye. Curiosamente, presenta ritmo de 40 Hz, aunque no es reactivo a los estímulos auditivos, como en la vigilia. Durante la vigilia siempre existe una gran actividad en la corteza prefrontal, el lóbulo occipital y el lóbulo parietal (principalmente en el izquierdo), además de la corteza del cíngulo y la amígdala. (23)

La actividad de algunas estructuras como la corteza pre frontal se ha asociado con el despliegue de estrategias de un organismo para responder a los diferentes estímulos ambientales durante la vigilia. Durante el sueño, estas estructuras disminuyen su actividad, no responden al medio, no dan señales de estar analizando los estímulos del medio, es como si

‘durmieran’. Mientras tanto, podemos detectar la activación de otras estructuras, que parecen mantener al cerebro en estado ‘durmiendo’. Esta especificidad en la actividad neuronal sugiere la existencia de dos cerebros: uno está activo en la vigilia y permite una adecuada interacción del sujeto con su ambiente (para adaptarnos, para ser creativos y productivos, para reproducirnos o para buscar alimento). Cuando este cerebro reduce su actividad, hay otro que se despierta, y es al que responsabilizamos de la actividad de dormir. A pesar de que muchos detalles de los mecanismos de acción de este cerebro ejecutor del sueño se conocen con razonable precisión, aún no sabemos qué persigue, cuál es su fin, su función. (23)

Si el sueño y la vigilia son un ciclo, esto querría decir que el sueño beneficia a la vigilia, y viceversa. En términos de los dos cerebros, el de la vigilia tiene funciones que nos es fácil observar, aunque sus mecanismos estén aún por elucidarse. Comer, beber, aparearse, pensar y relacionarse con los semejantes son funciones de este cerebro. Sin embargo, el cerebro del sueño cumple una función que no queda clara. En este contexto, sólo dos verdades son irrefutables: el cerebro del dormir reclama una parte del día para ejercer su función, y algo hace que beneficia al cerebro de la vigilia. (23)



Principales estructuras relacionadas con el ciclo sueño vigilia. Tomado de Montes Rodríguez

## **Modelo cognitivo del insomnio**

La aparición del insomnio, a menudo se asocia con diversos factores. La evidencia sugiere que los acontecimientos estresantes, trastornos psicológicos, trastornos del sueño y alteraciones en el medio ambiente coinciden con el inicio del insomnio. Aunque muchos de los episodios de insomnio agudo o sub agudo se resuelven con el tiempo, estos primeros estados de insomnio pueden representar la base de una condición a largo plazo. Además de que puede ser visto como una plataforma desde donde es posible identificar mecanismos que influyen en el insomnio con el tiempo. (24)

De acuerdo con varias conceptualizaciones cognitivo conductuales del insomnio, una amplia gama de mecanismos psicológicos participan en el mantenimiento del insomnio. Aunque hay diferencias entre los modelos, todas las conceptualizaciones de relieve fisiológico, factores cognitivos, afectivos y conductuales contribuyen al insomnio. (24, 25)

La relación entre los diversos mecanismos psicológicos y el insomnio hasta el momento han sido examinados principalmente en poblaciones de pacientes en estudios transversales. Los resultados de esta investigación indican que la activación podría representar un factor de vulnerabilidad. Además los altos niveles de ansiedad y depresión a menudo son evidentes en pacientes con insomnio. Los resultados de esta investigación también sugieren que los pacientes con insomnio presentan creencias disfuncionales relacionadas con el sueño, a diferencia de los que no presentan insomnio. (24)

Esto indica que la excitación y las creencias y angustia, relacionados con el sueño pueden estar implicadas en la exacerbación del círculo vicioso del insomnio. (24)



Una cuestión fundamental es ¿Cómo entender el aumento de la activación, angustia y creencias relacionadas con el sueño? Aunque hay evidencia de pruebas que sugieren que la excitación, angustia y creencias relacionadas con el sueño son elevadas en pacientes con insomnio, los estudios transversales no dan respuesta acerca de cómo estos mecanismos están relacionados con el insomnio a través del tiempo.(24)

### **Investigaciones previas**

#### En los 70's

Uno de los primeros estudios sobre la cognición en el contexto del insomnio fue reportado por Nisbett y Storms en 1970. Estos autores proponían que un paciente con insomnio se siente ansioso y activado, en relación a no poder dormir. Para probar esta hipótesis administraron una tableta de placebo a los pacientes con insomnio, a la mitad se le dijo que la pastilla causa síntomas de excitación y a la otra se le dijo que tendría un efecto relajante. El resultado mostro que la latencia de inicio del sueño fue más rápido en los que se les dijo que la tableta producía excitación. Los autores concluyeron que este grupo atribuyó su insomnio a los efectos esperados de la píldora y esto reduce la ansiedad, lo que permite el inicio de sueño mas rápido. Si bien este hallazgo asociado al efecto placebo resulto difícil de replicar. (25, 26)

Los pacientes que presentan la tendencia hacia la sobreestimación de la latencia de inicio del sueño y subestimar el tiempo total de sueño pueden cumplir los criterios diagnósticos para la percepción errónea del sueño, trastorno que se define como una queja de insomnio o somnolencia excesiva, sin pruebas de sueño alteradas. (25)

Rechtschaffen y Monroe, fueron los primeros en informar que los pacientes con insomnio pueden tener una percepción errónea del sueño como de la vigilia. Encontraron que cuando los pacientes con insomnio, se despertaban después de 10 minutos del primer huso de sueño, reportaban que habían estado despiertos en el momento justo de ser llamado por el experimentador en comparación con las personas que dormían bien. Este hallazgo se produjo independientemente de si el sueño se obtuvo durante la noche o en una siesta por la tarde. En conjunto, estos descubrimientos sugieren que la percepción distorsionada del sueño es uno de los procesos cognitivos fundamentales relacionados con sueño. (25, 27)

### En los 80's

En el estudio de Lichstein y Rosenthal en 1980, se le preguntó a una muestra de 296 individuos con insomnio si la activación cognitiva o somática era el principal determinante en su insomnio. La activación cognitiva fue 10 veces más citada como la causa principal en relación con la activación somática. Así que durante este período, el campo empezó a considerar la posibilidad de que el insomnio fuera el resultado de una incapacidad para apagar los pensamientos intrusivos, afectivamente cargados de imágenes a la hora de dormir. (25)

Durante la década de los 1980 se realizaron una serie de estudios que examinaron la correlación entre la activación cognitiva y las medidas de la polisomnografía en el sueño. Estos estudios produjeron resultados mixtos con varios informes que encontraron una correlación positiva entre las medidas de la actividad cognitiva pre sueño y la latencia del inicio del sueño. (25) Sin embargo un estudio realizado por Sanavio reporto una baja correlación entre una medida de pensamiento antes de dormir (Pre -sleep Intrusive Cognitions Inventory) y una latencia del sueño. (28)

Van Egeren y colaboradores en 1983 encontraron una correlación significativa entre la preocupación antes de dormir para conciliar el sueño y el tiempo subjetivamente estimado para conciliar el sueño ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,01$ ), pero no se correlaciona con estimaciones objetivas del tiempo necesario para conciliar el sueño (polisomnografía estimada,  $r = 0,05$ ,  $p > 0,05$ ). (25)

Una posible explicación de estas discrepancias en los hallazgos es que tanto los estudios de Sanavio (1988) y Van Egeren (1983) encontraron una correlación entre medidas de los contenidos de pensamiento antes de dormir, en lugar de la frecuencia de pensamiento antes de dormir. En este punto vale la pena detenerse a observar que hay desventajas considerables relacionadas con el informe de auto-estudios y estudios de correlación descritos anteriormente. (25)

Las desventajas incluyen el hecho de que es difícil de descartar definitivamente la influencia de los procesos externos, tales como imprecisiones debido a la dificultad para recordar completa la información. Además, los auto reportes se basan en el supuesto de que un individuo es capaz de la introspección con precisión. Si bien los índices de correlación indican una asociación entre las dos variables de interés, no nos informan sobre la dirección de la causalidad y no es posible determinar si la asociación observada entre las dos variables se debe a una tercera variable desconocida. (25)

Se considera que, tanto con el auto reporte y los índices de correlación, no se puede demostrar que el pensamiento intrusivo no deseado y preocupante antes de dormir es algo más que un epifenómeno del insomnio. Por lo tanto, los estudios experimentales hacen posible iluminar la relación causal entre las variables. En consecuencia, con los dos estudios

que se llevaron a cabo en la década de los 80's sobre la excitación cognitiva, antes de dormir, se dio un importante paso adelante. (25)

### En los 90's

Esta década fue testigo de la publicación de un importante libro titulado "El sueño y la cognición", el cual fue editado por Bootzin, Kihlstrom y Schacter. Esta publicación incluye capítulos sobre una gama de serie de pruebas fascinantes de la importancia de la cognición en el sueño. Mendelson analizó las pruebas científicas que muestran que la ingesta de benzodiazepinas antes de dormir alteran las fases 3 y 4 del sueño, condicionando peor sueño. Por otro lado Mendelson analizó las pruebas científicas de que las personas con insomnio perciben que su sueño es de mejor calidad en las noches en que toman la benzodiazepina antes de ir a dormir. (25, 29)

En otras palabras, el sueño subjetivamente se percibe como de mejor calidad, pero la objetividad del sueño se obtiene de peor calidad. Este efecto se conoce como percepción errónea del sueño. Dado que se sabe que las benzodiazepinas tienen cualidades amnésicas, Mendelson explica la paradoja, las benzodiazepinas alteran la memoria en los despertares durante la noche, dando la percepción de mejor calidad de sueño. La implicación de esta teoría es que los informes de los pacientes sobre la calidad del sueño se ve influenciada por la percepción y los procesos de memoria. (29)

Otra contribución importante de esta década la realizó Morin, quien investigó la importancia de las creencias disfuncionales sobre el sueño, en el mantenimiento del insomnio. En los primeros estudios investigó si los pacientes con insomnio tenían más creencias disfuncionales sobre el sueño que las personas que no tienen insomnio. Encontró que los

adultos mayores son menos realistas en cuanto a la cantidad de sueño que necesitan, apoyó las declaraciones sobre las consecuencias negativas del insomnio y vio que los adultos mayores eran más propensos a atribuir su insomnio al exterior y a causas estables. (30)

Este descubrimiento provocó muchos avances en el campo. Varios modelos teóricos sobre el insomnio especifican ahora el papel de las creencias disfuncionales sobre el sueño en el mantenimiento del insomnio. La escala de creencias disfuncionales relacionadas al sueño es la más utilizada de las medidas disponibles para valorar dichas creencias disfuncionales. (25, 30)

Watts y Coyle, analizaron los componentes principales del contenido de los pensamientos al tratar de conciliar el sueño, revelando seis factores: actividad mental, preocupaciones sobre el sueño, la familia, planes a largo plazo, preocupaciones somáticas, el trabajo y las preocupaciones recientes. (31)

Buysee y colaboradores manipularon el estrés antes de dormir en mujeres que duermen bien, y se encontró una correlación positiva entre el estrés relacionado con los pensamientos intrusivos y la latencia de sueño y también según las estimaciones de la polisomnografía. (25)

Hasta el final de los 90 varios procesos cognitivos se habían destacado como importantes, incluyendo: las atribuciones y las expectativas, la percepción del sueño y los procesos de memoria, los pensamientos intrusivos no deseados y la preocupación, incluyendo su contenido y las creencias disfuncionales sobre el sueño. (25)

Actualmente no hay un solo modelo cognitivo conductual del insomnio. Sin embargo, un número de modelos superpuestos están disponibles. Muchos de estos modelos consideran que el insomnio se desarrolla a través del tiempo, asociado a comportamientos mal adaptativos y pensamientos, los cuales deben ser tratados de manera agresiva en la fase aguda.

Spielman y colaboradores establecieron lo que se conoce como el “modelo de las 3P”, que es esencialmente un modelo diátesis-estrés. El modelo sugiere que los individuos pueden desarrollar insomnio por características pre disponentes como diversas formas de hiper excitación y/o tendencia a preocuparse, factores precipitantes como estrés o acontecimientos de la vida y/o enfermedad nueva y factores perpetuantes como extender el tiempo que pasa en cama a pesar de haber dormido menos y la mala adaptación como hacer siestas, dando como resultado la excitación y el insomnio crónico. (32, 33)

Algunos modelos incorporan otros aspectos del insomnio incluyendo las conductas de seguridad, la presencia de creencias disfuncionales acerca del sueño, preocupación excesiva y catastrofismo, además de la excitación antes de dormir, lo que condiciona que presten atención a estímulos que los que no tienen insomnio ignoran. En conjunto, estos modelos proporcionan información sobre varias etiologías y los factores asociados con los tratamientos cognitivo conductuales del insomnio. (32)

#### Perspectivas fisiológicas

La hiper activación, los trastornos del ritmo circadiano, la desregulación homeostática del sueño, son considerados como contribuidores en la aparición del insomnio. El estudio más grande sobre la hiper activación consideró que puede ser el resultado de niveles basales

elevados o como un fracaso en la regulación a la baja en la noche y se formularon las dimensiones somática, psicológica, cognitiva y neurofisiológica. En términos de la activación fisiológica, los pacientes con insomnio han mostrado más elevaciones en la frecuencia cardíaca, respuesta galvánica dérmica, activación simpática y un incremento en la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal. (32, 34)

En cuanto a la activación cognitiva, los pacientes con insomnio son más propensos a presentar preocupación generalizada, preocupación relacionada con el sueño y de forma selectiva atender y controlar los síntomas del insomnio. En cuanto a la activación neurofisiológica, los pacientes con insomnio, presentan alta frecuencia de la actividad del EEG alrededor del inicio del sueño y durante el sueño MOR, metabolismo elevado de todo el cerebro durante la vigilia y el sueño no-MOR, disminución del metabolismo que no se observa en los no insomnes, en áreas como el sistema reticular activador ascendente, en el hipocampo, la amígdala, el cíngulo anterior y la corteza durante la transición del despierto al dormir. En general hay información suficiente que apoya la asociación entre la hiper activación y el insomnio. (35)

Con respecto a la disregulación circadiana, la investigación sugiere que las anomalías crono biológicas como la fase del ritmo de la temperatura central del cuerpo, se relacionan con los problemas de inicio o mantenimiento del sueño. Estos cambios son similares a los observadas en el ritmo circadiano en los trastornos del sueño. Estas anomalías pueden ser provocadas o exacerbadas por el comportamiento. Algunos pacientes cambian su horario de sueño y el tiempo de trabajo de manera que pueden alterar drásticamente el tiempo de exposición a la luz brillante, lo que altera la temperatura corporal antes del inicio del sueño. Este comportamiento a su vez puede restablecer un “reloj biológico”

alterando la temperatura central del cuerpo. Existe poca evidencia que apoya la asociación entre los factores circadianos y el insomnio primario. (32)

Hay evidencia limitada de que las alteraciones en la homeostasis del sueño pueden servir para predisponer, precipitar y/o perpetuar el insomnio. Dado que los pacientes con insomnio tienden tener menos tiempo de sueño total que las personas que duermen bien, se espera que tengan menor latencia del sueño en el MSLT. La mayoría de los estudios MSLT han demostrado que los pacientes con insomnio tienen una latencia normal, o más larga que la normal. Esto sugiere una posible reducción en la unidad de sueño y por lo tanto una homeostasis del sueño alterada. (32)

Los pacientes con insomnio tienen menos sueño de ondas lentas (SWS), que las personas no insomnes, aunque un estudio no había encontrado diferencias. Por sí mismo la disminución del sueño de ondas lentas, no implican directamente la desregulación homeostática. El seguimiento de la privación de sueño en los pacientes con insomnio muestra una disminución de las ondas lentas, una respuesta a la pérdida de la homeostasis del sueño. Las intervenciones que tienen como objetivo corregir la homeostasis del sueño en los pacientes con insomnio, presentan un aumento en las ondas lentas, en relación previo al tratamiento. (36)

La regulación de la temperatura corporal al inicio del sueño puede ser crítica para el inicio de las ondas lentas, de tal manera que la alteración en la termorregulación se asocia con una falla en la regulación. Además, la hiperactivación puede explicar la latencia del sueño más de lo esperado en las tareas MSLT y creará una dificultad para que se presenten las ondas lentas del sueño. Con toda probabilidad existen interacciones entre la hiperactivación,



alteraciones en el ritmo circadiano y los procesos homeostáticas que contribuyen al insomnio. En qué momento se desarrolla del insomnio sigue sin respuesta. Lo que sabe es que independientemente de cómo se inicia, presenta una serie de consecuencias. (32)

Ha sido documentado que las personas con insomnio pasan más tiempo en cama del que duermen. El modelo cognitivo sugiere que las preocupaciones activan el sistema nervioso simpático, lo que condiciona excitación fisiológica, y angustia. Esta combinación de preocupación, excitación y angustia provoca en el individuo un estado de ansiedad y con esto es difícil que el paciente inicie a dormir y se mantenga dormido. (37, 38)

Cuando el paciente se encuentra ansioso esta propenso a poner atención al medio ambiente y las situaciones que considera amenazantes. El modelo cognitivo sugiere que el estado de ansiedad condiciona en la persona atención y monitorea estímulos internos (sensaciones corporales) y/o estímulos externos (ruidos). Esta atención selectiva es automática y consume los recursos para la toma de decisiones. (38, 39, 40)

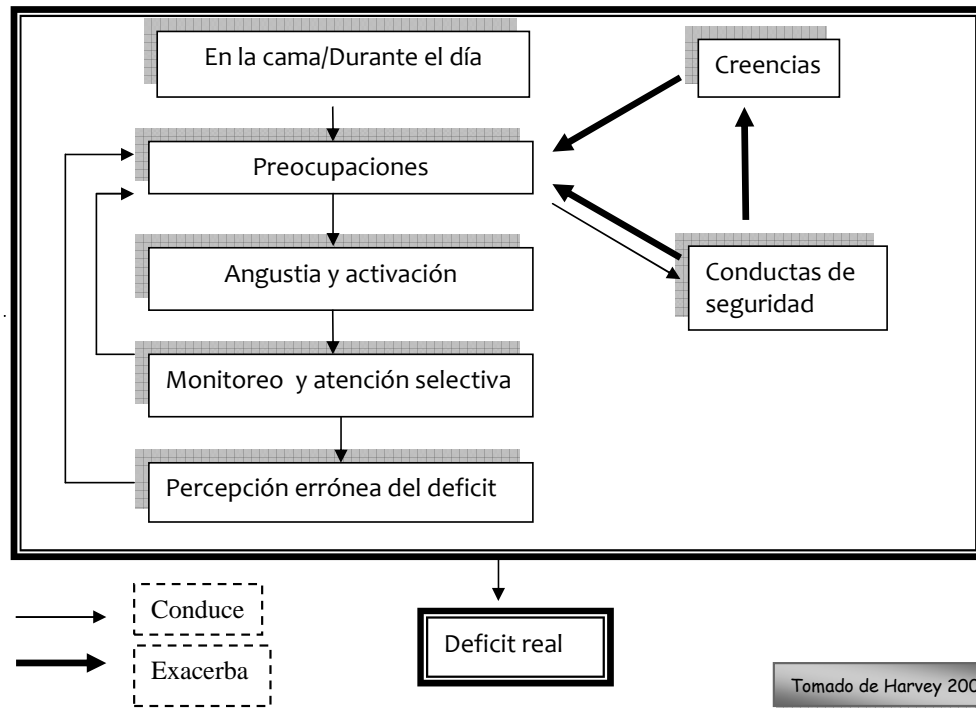
Las percepciones erróneas son incluidas en el modelo cognitivo, porque los pacientes con insomnio, reportan de manera inadecuada el tiempo que les toma quedarse dormidos e infra estiman el tiempo total de sueño, lo que sugiere que el insomnio es un trastorno psicológico, caracterizado por una distorsión de la realidad. (38, 39, 40)

Se proponen tres mecanismos, las preocupaciones, el monitoreo selectivo y la ansiedad (combinación de preocupación, excitación y angustia), por los cuales los paciente pueden presentar la falsa percepción del déficit de sueño, La justificación se basa en que las preocupaciones sirven como desencadenante de las faltas percepciones, provocando mayor

tiempo para empezar a dormir. En el monitoreo el paciente presta atención a cosas sin sentido, que para otras personas pasan desapercibidas. Cuando los pacientes insomnes detectan estas señales las mal interpretan como amenazas. Esto condiciona que los pacientes lleguen a conclusiones en base a como se sienten. Lo que activa el círculo vicioso, me siento mal, no puedo dormir, me siento mal. (37, 38, 39, 40)

Las creencias erróneas sobre el sueño son el combustible para las preocupaciones. Por ejemplo, si se cree que se necesitan dormir más de 8 horas para descansar, de lo contrario se sentirá cansado al siguiente día, se preocupará durante el día de la calidad de sueño. En un intento por eliminar la ansiedad que le condiciona no dormir de manera adecuada, adopta conductas de seguridad como beber alcohol, lo que condiciona mayores despertares y se incrementa la sensación de no haber dormido bien. (39, 40)

Durante el día también aparecen consideraciones importantes que actúan en la noche, considerando procesos paralelos. Las preocupaciones, el monitoreo y la ansiedad se retroalimenta, condicionando finalmente un déficit real de sueño. (40)



### Justificación

Un episodio depresivo se asocia con una peor calidad de vida, siendo el insomnio factor importante en esta situación. El insomnio en los episodios depresivos se asocia con mayores problemas en la vida diaria, a diferencia de los cuadros depresivos donde no se presenta el insomnio.

El tratamiento del insomnio debe ser fundamental para la recuperación de la calidad de vida, sin embargo el insomnio es un síntoma que persiste a pesar de haber tratado con éxito la depresión con inhibidores de la recaptura de serotonina. Se ha estudiado el uso de sedantes hipnóticos en los pacientes que presentan insomnio, se considera la necesidad de

estudiar el modelo cognitivo en pacientes deprimidos, para poder proponer otras formas de tratamiento.

### **Objetivo general**

Se evaluó la relación entre la sintomatología depresiva, el insomnio y un conjunto de variables cognitivas (creencias disfuncionales relacionadas con el sueño, comportamientos relacionados con el sueño, monitoreo relacionado con el sueño y preocupaciones) en pacientes con depresión mayor internados en el hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez!"

### Objetivos particulares

Se describieron las siguientes características clínicas de un grupo de pacientes deprimidos hospitalizados:

- Sintomatología depresiva
- Gravedad del insomnio
- Creencias disfuncionales
- Comportamientos relacionados con el sueño
- Monitoreo relacionado con el sueño
- Preocupaciones

Se determinó la confiabilidad de las traducciones al español realizadas para una serie de instrumentos diseñados para evaluar las siguientes variables:

- Sintomatología depresiva
- Gravedad del insomnio
- Creencias disfuncionales

- Comportamientos relacionados con el sueño
- Monitoreo relacionado con el sueño
- Preocupaciones

### **Hipótesis**

En los pacientes deprimidos (depresión mayor) con insomnio, la gravedad de la sintomatología depresiva se relaciona con el insomnio y este a su vez con componentes cognitivos relacionados con el sueño (creencias disfuncionales relacionadas con el sueño, comportamientos relacionados con el sueño, monitoreo relacionado con el sueño y preocupaciones)

### **Variables:**

#### Dependiente

Insomnio

#### Independiente

Depresión

### **Metodología**

#### Sujetos

Los pacientes se seleccionaron del servicio de hospitalización del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Se incluyó a los pacientes que cumplieron con las siguientes características: Pacientes con depresión e insomnio hospitalizados en el HPFBA, reciente ingreso al hospital, que aceptaron formar parte del estudio.

Asimismo se excluyeron aquellos pacientes que presentaban: cuadro depresivo sin insomnio, cuadro depresivo con síntomas psicóticos, aquellos que no quisieron participar en el estudio.

Durante el mes de mayo se captó a los pacientes que fueron hospitalizados, cumpliendo criterios para un cuadro depresivo, que en todos los pacientes se considero grave, ya que presentaban ideación suicida, además presentaran dentro de la sintomatología insomnio. Se recolectaron 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio. Se les explico en qué consistía el estudio, sobre la confidencialidad del mismo y la necesidad de contestar los cuestionarios auto aplicables. A los pacientes que tenían problemas para entender los cuestionarios o que no sabían leer se les leyeron los cuestionarios y las opciones a contestar.

#### Criterios de inclusión

Pacientes con depresión e insomnio hospitalizados en el HPFBA  
Reciente ingreso al hospital  
Que acepten formar parte del estudio

#### Criterios de exclusión

Que no acepten formar parte del estudio  
Pacientes deprimidos que no tengan insomnio  
Pacientes con cuadro depresivo con síntomas psicóticos

## **Tipo de estudio**

Descriptivo, transversal.

## **Instrumentos**

Tras haber otorgado su consentimiento, los participantes completaron los siguientes instrumentos:

### **Inventario de sintomatología depresiva**

La construcción del inventario rápido de sintomatología depresiva estaba destinada a subsanar los déficits en las escalas de depresión Hamilton (HRSD) y Montgomery Asberg (MADRS), las cuales incluyen 9 dominios para diagnosticar un episodio depresivo según el DSM IV, a fin de valorar la remisión de los síntomas, incluyendo elementos para evaluar los síntomas de tipo melancólico y atípicas de la depresión, los elementos de escala a fin de detectar los niveles de síntomas más leves que el HRDS, ya que muchos pacientes responden al tratamiento, pero no remiten totalmente los síntomas. (41)

Hay dos versiones de la IDS con ítems idénticos, una clasificación clínica (IDS-C30) y un auto informe (IDS-SR30). El auto informe fue desarrollado para determinar si se podría utilizar como una alternativa a la IDS-C30 en el ámbito clínico o de investigación, que proporcionaría un bajo costo, fácil de utilizar para medir la gravedad de los síntomas depresivos y ayudar a los pacientes y al personal de salud. (41)

Se identificó que eran necesarios dieciséis elementos de la IDS-C30/IDS-SR30 para calificar a los nueve criterios de depresión mayor; 4 elementos para las alteraciones en el sueño (insomnio inicial, medio, tardía e hipersomnía); dos elementos para las alteraciones

psicomotoras (agitación/retardo); 4 elementos para las alteraciones en el apetito/peso (aumento o descenso del apetito y aumento o disminución de peso); y 1 punto para calificar los 6 restantes ítems (estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, disminución de la anergia, sentimientos de culpa, concentración, toma de decisiones y la ideación suicida. (41, 42)

Cada elemento se califica de cero a 3. Para medir los campos que requieren más de un elemento, se da el puntaje más alto de la partida correspondiente. Ambas escalas se han validado en los sectores público y privado en pacientes ambulatorios con trastorno depresivo mayor y en el sector público en pacientes ambulatorios con trastorno bipolar. (42)

El alfa de Cronbach oscilo desde 0.81 hasta 0.90, para la QIDS-C16 y fue de 0.86 para el QIDS-SR16. En un estudio en el que tanto el QIDS-SR16 y HRSD17 fueron evaluados, fue numéricamente mayor para el QIDS-SR16 que para el HRSD17. El QIDS tiene varias limitaciones adicionales, además de los ya conocidos por el IDS. El QIDS-SR16 y QIDS C16-no miden todas las características de los síntomas melancólicos o atípicos, aunque estos se miden por el IDS-C30 y SR30-IDS. (42)

### **Questionario de comportamientos relacionados al sueño**

La escala está basada en el estudio de Harvey del 2002. Los comportamientos se componen de estrategias que las personas refieren haber usado como un intento para evitar el insomnio. (43)



Un comportamiento de seguridad es una conducta abierta o encubierta, que se adopta para evitar un resultado temido. Estos comportamientos impiden que la persona experimente malestar por las creencias poco realistas, sin embargo puede hacer que la situación que se pretende evitar se presente. Las conductas de seguridad sirven para mantener los trastornos psicológicos. (43)

Durante el día ciertos comportamientos de seguridad pueden agravar la somnolencia (realizar actividades rutinarias), hacer que el día se aburrido (si se cancelan citas), o aumentar la preocupación por el sueño (si se pasó horas pensando en conductas para mejorar el sueño). Durante la noche también se presentan conductas de seguridad como beber alcohol antes de acostarse, dormir siesta después de dormir mal durante la noche. (43)

El cuestionario fue realizado con el objetivo de desarrollar una medida para evaluar las conductas de seguridad en el insomnio y para poner a prueba la hipótesis de que las conductas de seguridad en el insomnio, son asociadas con el mal dormir y la disfunción durante el día. Cada ítem del cuestionario de comportamientos relacionados al sueño tenía una correlación significativa positiva con el índice de severidad del insomnio, lo que sugiere que cada aplicación de la estrategia está asociada con la gravedad del insomnio. La capacidad discriminativa apoya el modelo cognitivo del insomnio, lo que sugiere que las personas afectadas por el insomnio crónico utilizan más estrategias para mejorar el sueño y el cansancio durante el día. También se menciona la mala adaptación al insomnio. (43)

Los resultados sugieren que la mayor parte de los comportamientos de seguridad están asociados con un impacto negativo tanto en el día como en la noche, pero algunos son

específicos del día o de la noche. Esto sugiere que los procesos se relacionan entre sí, lo que pudiera condicionar el círculo vicioso que mantiene el trastorno. (43)

La lista original era de 78 ítems, que fueron catalogados por tres psicólogos clínicos con experiencia en la terapia cognitivo conductual. Se descartaron algunos ítems, por considerar no eran comportamientos de seguridad. Los restantes 48 ítems concuerdan con Índice de severidad de insomnio. Solo los elementos que se correlacionan significativamente con el ISI se mantuvieron ( $p \leq 0.01$ ). Se eliminaron 16 ítems, porque el comportamiento que se presentaba se relacionada con períodos agudos de falta de sueño y el cansancio, que no son indicativos de patología crónica. Quedaron 32 elementos para el cuestionario. (43)

El resultado máximo de la escala podría ser 160 y un mínimo de cero. La media fue de 39.48 (DE 19.03, rango 2-77). El alpha de Cronbach fue calculado para los 32 ítems, con resultado de 0.92, que habla de una alta consistencia interna. (43)

Con el objeto de asegurar la mayor equivalencia de la traducción al español, se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial de la salud: Un grupo bilingüe (tres expertos) revisó la estructura conceptual del instrumento en el idioma original (inglés) y aprobó la factibilidad para ser traducido. El primer autor realizó la traducción al español. El grupo bilingüe y un grupo monolingüe (tres expertos) revisaron la traducción. El grupo monolingüe propuso algunas modificaciones menores. Un experto bilingüe tradujo al inglés la versión en español. El grupo bilingüe revisó la traducción al inglés y finalmente consideró que la versión en español era equivalente al original en inglés. (44)

## **Monitoreo asociado a sueño**

La escala de monitoreo asociado a sueño fue elaborado por Christina Neitzer Semler y colaboradores en el 2004. Fue desarrollada en 2 fases. En la primera fase se administró una entrevista semi estructurada en base al DSM IV a 32 personas con el diagnóstico de insomnio primario y a 38 personas sin problemas para dormir, para cada uno de los tipos de monitoreo propuesto. Basado en los resultados de las entrevistas fueron desarrollados de manera preliminar una lista que incluía 77 ítems para evaluar las preocupaciones. En la segunda fase de desarrollo, se dio la prueba de 77 ítems a 143 estudiantes universitarios. En este estudio preliminar se incluyo una sección de comentarios de los participantes, sobre preocupaciones que suelen presentar durante la noche cuando van a dormir, al despertar o durante el día. Esto provoco que se sumaran 41 ítems más, en un total de 118 ítems, calificando en base a una escala de tipo Likert de 5 puntos. (45)

Se utilizaron diversas estrategias de análisis, para eliminar ítems inapropiados o redundantes. Se eliminaron elementos con asimetría por carga factorial, una relación de menos de 0.30, con la puntuación total, una relación de menos de 0.50 con la puntuación correspondiente en las sub escalas, un factor de carga de menos de 0.50 en una sub escala primaria o carga factorial en más de un factor. Siguiendo estos procedimientos fueron eliminados 88 ítems. La escala final consta de 30 ítems, con 10 sub escalas propuestas. (45)

Se demostró una alta consistencia interna y buena fiabilidad test-re test y de las 8 sub escalas representaron más de dos tercios de la varianza. Estos resultados sugieren que la escala de "Monitoreo asociado a sueño" puede ser considerada como un instrumento válido para monitorear los problemas relacionados a sueño. (45)

Con el objeto de asegurar la mayor equivalencia de la traducción al español, se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial de la salud: Un grupo bilingüe (tres expertos) revisó la estructura conceptual del instrumento en el idioma original (inglés) y aprobó la factibilidad para ser traducido.

El primer autor realizó la traducción al español. El grupo bilingüe y un grupo monolingüe (tres expertos) revisaron la traducción. El grupo monolingüe propuso algunas modificaciones menores. Un experto bilingüe tradujo al inglés la versión en español. El grupo bilingüe revisó la traducción al inglés y finalmente consideró que la versión en español era equivalente al original en inglés. (44)

### **Cuestionarios sobre actitudes y creencias disfuncionales relacionadas con el sueño**

Es una escala conformada por un total de 30 ítems referidos a creencias, actitudes, atribuciones y expectativas sobre el sueño en general y el insomnio en particular. Los ítems se construyeron a partir de la conceptualización del insomnio crónico y de la experiencia clínica de su autor (Morin). Según Morin estos ítems se agrupan en cinco dimensiones. La primera dimensión se refiere a la tendencia a magnificar las consecuencias del insomnio sobre el estado de ánimo, la salud o la actividad diaria; la segunda alude a las preocupaciones por la pérdida de control sobre la propia capacidad de dormir; la tercera recoge expectativas no realistas sobre la necesidad del sueño; la cuarta incluye atribuciones causales del insomnio; y, por último, la quinta dimensión alude a creencias sobre hábitos facilitadores del sueño. Morin (1994), en un estudio preliminar con 75 pacientes insomnes, informa de una consistencia interna de 0.80 y de una correlación media ítem-total de 0.37. La versión francesa de la escala

mostró también una adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0.90$ ) y una correlación media ítem-total de 0.39.

Por lo que respecta a la validez se ha demostrado que la DBAS discrimina entre sujetos insomnes y no insomnes. Incluso a partir de este instrumento, se llegó a probar que las creencias acerca de las consecuencias a largo plazo del insomnio suponen un factor de mejor pronóstico en la terapia que las creencias sobre las consecuencias negativas inmediatas. (46, 47)

En la versión original, el formato de respuesta consiste en un continuo bipolar de 100mm, sobre el que la persona debe indicar a través de una marca su grado de acuerdo o desacuerdo. En cambio, en el presente estudio se utiliza la traducción de Sierra y colaboradores, donde se utilizó la escala tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo). Todos los elementos se puntúan de manera directa, excepto el 23, para el la puntuación debe ser invertida. (46, 47)

### **Índice de severidad de Insomnio (Insomnia Severity Index),**

Elaborado con el objetivo de evaluar de forma breve el insomnio en población general siguiendo los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Se compone de siete ítems que evalúan la dificultad para quedarse dormido, la dificultad para mantener el sueño, los despertares tempranos, el grado de satisfacción con el sueño actual, la interferencia de estas dificultades con el funcionamiento diario, el grado en que otras personas notan el deterioro debido al problema de sueño y el grado de malestar o preocupación por el problema de sueño. (48, 49)

Se responde utilizando una escala tipo Likert desde 0 ('ninguno') a 4 ('muchísimo'), ofreciendo una puntuación entre 0 y 28 (a mayor puntuación, mayor gravedad del insomnio). Los estudios realizados con la versión anglosajona muestran adecuadas propiedades psicométricas, con valores de fiabilidad de consistencia interna entre 0,74 y 0,90, y fiabilidad test-retest igual a 0,89 al mes de evaluación, 0,77 después de dos meses y 0,73 después de tres. Las pruebas de validez convergente muestran correlaciones estadísticamente significativas con otras medidas del sueño, como el Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS) ya que uno de los factores que explican el origen y mantenimiento del insomnio son los pensamientos disfuncionales incompatibles con la conciliación del sueño, los diarios de sueño o los registros polisomnográficos. (48, 49)

### **Inventario de Preocupación de Pensilvania (Penn State Worry Questionnaire)**

El Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) evalúa la tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo, variable que parece cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero que es especialmente relevante en el Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuya principal característica diagnóstica es precisamente una preocupación excesiva e incontrolable. (50)

Está compuesto por 16 ítems, que evalúan mediante escalas de intervalo (desde 1, "nada", a 5, "mucho"; rango de puntuación = 16-80). La versión original inglesa presentaba cinco ítems en sentido inverso que fueron invertidos en la versión española para personas mayores (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002).(50, 51)

La versión española que aquí se presenta fue específicamente diseñada para personas mayores y presenta buena validez convergente y divergente en esta población, así como una elevada consistencia interna y una estructura unidimensional. Así, el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.95 (valores similares habían sido hallados previamente en muestras de otros países), mientras que la correlación con otras medidas de ansiedad es positiva y elevada (p.ej, la correlación con el STAI-R, una medida de ansiedad rasgo, es de 0.76) y las personas mayores diagnosticadas con un Trastorno de Ansiedad Generalizada según los criterios del DSM-IV, presentan puntuaciones significativamente superiores (media = 64.1; Desviación Típica = 4.0) a las personas diagnosticadas con Depresión Mayor (Media = 55.0; Desviación Típica = 10.4) o a las personas mayores sin ninguna alteración psicopatológica (Media = 28.0; Desviación Típica = 10.5). (51)

## **Procedimiento**

### Análisis estadístico

La información socio demográfica se presenta en medias, desviación estandar (DE) y proporciones, según corresponda.

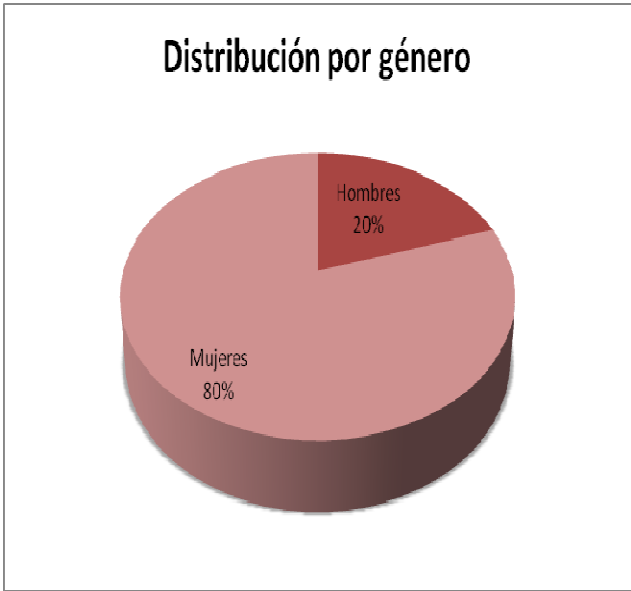
Las calificaciones en los diferentes instrumentos se presentan en medias y DE. Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos se calculó el alfa de Cronbach, tanto para los instrumentos compuestos por todos sus reactivos como para los instrumentos eliminando uno de los reactivos. Asimismo se estimaron los coeficientes de correlación (de Pearson) entre cada reactivo y la suma total, en cada uno de los instrumentos.

La relación entre las puntuaciones en los diferentes instrumentos se determinó mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

**Resultados**

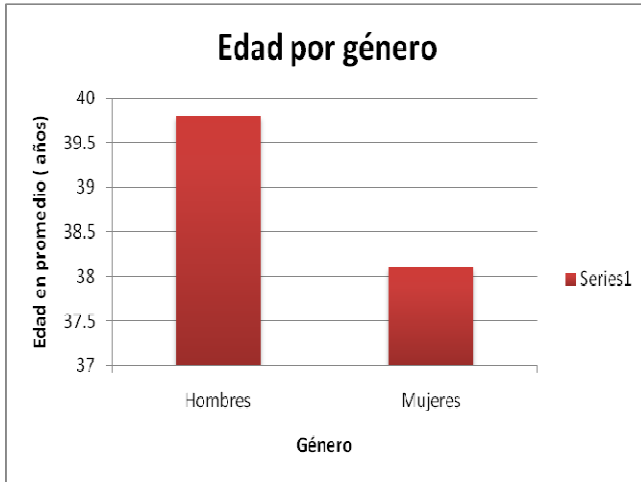
Se capturaron un total de 30 pacientes de los que el 80% fueron mujeres (n=24), el 20% hombres (n=6) (Gráfica 1), con una edad promedio general de 38.5 años (DE 11.2), en las mujeres 38.1 años (DE 11.5), hombres 39.8 años (DE 10.5) (Gráfica 2). Se encontró en relación al estado civil que el 33% eran casados (n=10), 20% solteros (n=6), 13.3 % vivían en unión libre (n= 4), otro 20% se encontraban separados (n=6) y el resto 13.3% eran viudos(n=4) (Gráfica 3). Con escolaridad en años para los hombres de 22 años como máximo, presentando las mujeres incluso pacientes que solo sabían leer y escribir (Tabla 1).

Gráfica 1. Distribución por género





Gráfica 2. Edad por género



Gráfica 3. Estado civil

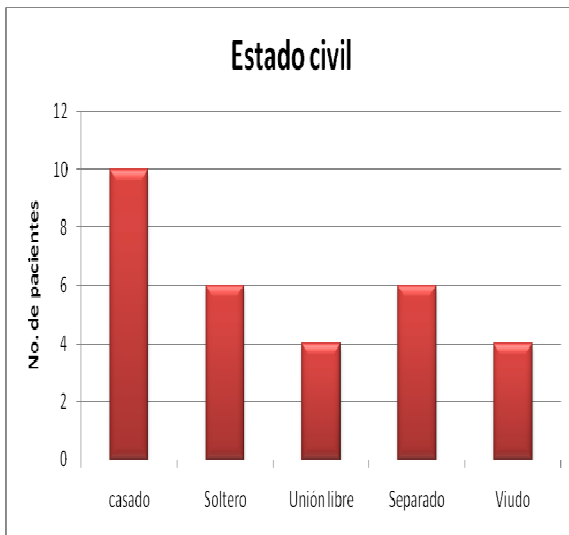
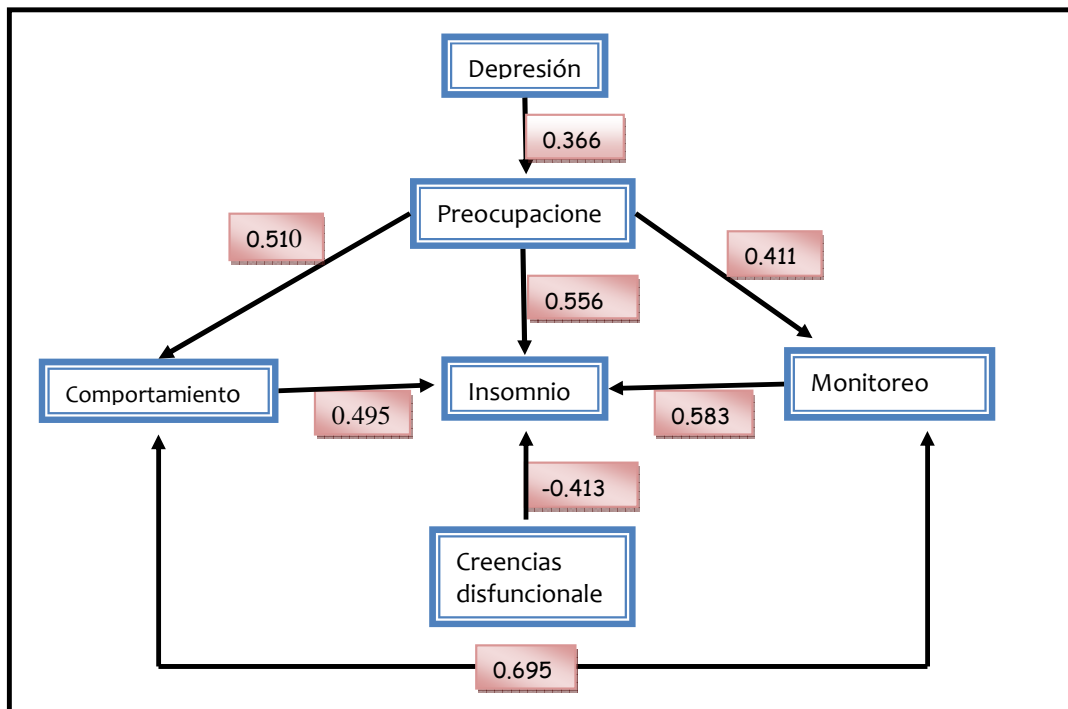


Tabla 1. Escolaridad por género

	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad	30	20.0	57.0	38.5	11.20
Escolaridad en años	30	0	22	10.8	5.21
Hombres	6			16.6	2.27
Mujeres	24			9.58	0.97

Correlación de los resultados



## RESULTADOS DE CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

El coeficiente de consistencia interna del Inventario de Sintomatología Depresiva fue de 0.68. Los coeficientes de correlación entre cada reactivo y la suma total fueron de .01 a .57 (Tabla 2)

Tabla 2: Confiabilidad del Inventario de Sintomatología depresiva

Dominio/Pregunta	Media	Varianza	Correlación	Alpha
Dominio sueño (insomnia, hipersomnía)	17	15.3793	0.289	0.6854
Estado de ánimo	17.4	12.3862	0.568	0.6206
Dominio apetito/peso	17.6	12.1793	0.5303	0.6234
Concentración/toma de decisiones	18.0333	11.8264	0.4255	0.6442
Sentimientos de minusvalía	18	13.1034	0.3534	0.6601
Ideación suicida	18.1	14.7828	0.0129	0.7376
Interes general	17.8	11.8897	0.4632	0.6346
Nivel de energía	17.9	11.6793	0.5717	0.611
Dominio agitación/retardo psicomotriz	17.9	13.7483	0.227	0.6853

El coeficiente de consistencia interna del Cuestionario de comportamientos relacionados al sueño fue de 0.877. Los coeficientes de correlación entre cada reactivo y la suma total fueron de 0.0517 a 0.7323. (Tabla 3).

**Tabla 3. Confiabilidad de cuestionario comportamiento relacionado con el sueño**

Pregunta	Media	Varianza	Correlación	Alpha
Paso tiempo considerando formas de mejorar el sueño	61.3	366.9069	0.7078	0.8613
Me mantengo en segundo plano en situaciones sociales	60.8333	389.3851	0.3347	0.8698
Intento detener todo pensamiento cuando intento dormir	60.4667	374.2575	0.6467	0.8635
Realizo alguna actividad cerca a la hora de dormir para cansarme	61.7333	397.4437	0.1102	0.8753
Falto a citas o las cancelo (durante el día o la tarde)	61.1333	381.7057	0.3921	0.8686
Durante el día, bloqueo en mi mente los pensamientos sobre dormir	61.4667	396.5333	0.1301	0.8747
Reduzco mis expectativas sobre lo que puedo lograr	60.4667	379.223	0.5844	0.8652
Me imagino cómo recuperaré después mi sueño	61.3	379.8724	0.4359	0.8676
Trabajo menos fuerte para conservar energía	62.0667	374.9609	0.509	0.8658
Trato de mantener los pensamiento e imágenes inquietantes fuera de mi mente mientras estoy en la cama	60.9333	381.3747	0.4177	0.868
Evito hablar de como duermo	61.6667	394.7126	0.1781	0.8733
Miro el reloj al levantarme para calcular cuantas horas dormí	61.0667	377.6506	0.3961	0.8686
Planeo acostarme temprano	61.2333	382.8747	0.3657	0.8692

Me rindo al tratar de trabajar	61.2	379.4069	0.4242	0.8678
Tomo una o varias pastillas para dormir	61.6333	375.9644	0.4225	0.8679
Recupero mi sueño con siestas	62.4667	402.3954	0.0517	0.8751
Uso tapones en los oídos para bloquear todos los sonidos que pudieran despertarme o impedirme dormir	62.8667	399.5678	0.1453	0.8729
Me preocupo sobre las consecuencias de dormir mal mientras estoy en la cama	61.1333	367.4299	0.5837	0.8635
Hago menos compromisos sociales	60.7	373.1828	0.5387	0.865
Dejo las tareas para mañana	60.6	380.1103	0.482	0.8667
Evito conversaciones difíciles con la gente	60.6	371.4207	0.677	0.8626
Durante el día, conservo energía como sea que pueda	61.2667	361.1678	0.7323	0.8599
Evito dormir fuera de casa	61.4	383.6966	0.3087	0.8709
Miro el reloj para saber cuánto tiempo me toma quedarme dormido	61.3333	377.4023	0.3748	0.8694
Estoy menos activo durante el día	60.5333	391.7747	0.2886	0.8707
Me mantengo ocupado para dejar de pensar en mi dormir	60.8	397.6138	0.179	0.8725
Me limito a actividades sencillas durante el día/tarde	61	389.7241	0.3348	0.8698
Me preocupo sobre otras cosas (ejemplo el trabajo) para distraerme de las inquietudes respecto al sueño	61.2	390.0966	0.2634	0.8714
Tomo remedios herbales para ayudarme	62.3	381.7345	0.386	0.8687
Mientras estoy en cama, trato de bloquear los pensamientos sobre cualquier problema	61	381.3103	0.3698	0.8692

Me apego a una rutina durante el día de tal forma que no tenga que pensar mucho	61.8	375.131	0.5219	0.8655
Me voy temprano a la cama para darme mucho tiempo para quedarme dormido	61.7667	390.9437	0.2372	0.8721

El coeficiente de consistencia interna de la Escala de monitoreo relacionado a sueño fue 0.933. Los coeficientes de correlación entre cada reactivo y la suma total fueron de 0.2782 a 0.8058. (Tabla 4)

**Tabla 4: Confiabilidad de Escala de monitoreo relacionado a sueño**

Pregunta	Media	Varianza	Correlación	Alpha
<b>Antes de ir a la cama, Que tanto usted ....</b>				
Calcula el número de horas que probablemente tendrá?	99.8333	474.0747	0.5341	0.9314
Calcula el número de horas de sueño que espera tener?	99.7667	481.6333	0.4254	0.9328
Decide a que hora debe levantarse basado en la hora que se va a dormir?	100.2333	481.7713	0.4269	0.9328
<b>Cuándo se duerme o vuelve a quedarse dormido, que tanto se da cuenta de ..</b>				
Que tanto siente sensaciones físicas en su cuerpo?	99.9	489.1276	0.3607	0.9333
Su pulso latido o palpitando acelerándose?	100.3667	493.4816	0.2782	0.9343
Reacciones corporales internas?	100.2333	487.7713	0.3761	0.9332
Sensaciones de tensión o incomodidad dentro de su cuerpo?	99.2667	475.9264	0.6122	0.9303
Ruidos en la casa?	99.7	475.1138	0.5444	0.9312
Ruidos fuera de la casa?	99.5333	472.1885	0.5957	0.9305

Checar el reloj para ver cuanto tiempo le está tomando quedarse dormido?	100.0667	465.9264	0.6268	0.9301
Notar cuanto tiempo le toma quedarse dormido?	99.8667	464.1885	0.6742	0.9294
<b>Cuándo se acerca el sueño qué tanto se da cuenta de....</b>				
Su cuerpo relajándose o sintiéndose mas pesado	99.9333	486.823	0.3794	0.9332
Una sensación de flotar	100.4333	487.9782	0.3832	0.933
Sus ojos o párpados sintiéndose pesados	99.6	487.8345	0.4084	0.9327
Sus músculos debilitándose o relajándose	99.8	488.2345	0.3754	0.9331
<b>Cuándo se despierta por la mañana, en qué medida usted....</b>				
Calcula la cantidad de sueño que tuvo	99.9	483.1276	0.3906	0.9334
Nota sensaciones de cansancio o pesadez	98.8333	486.6264	0.552	0.9313
Nota pesadez, dolor, comezón en sus ojos	99.1	471.6793	0.6679	0.9296
Nota cansancio o pesadez en sus brazos	98.9333	471.2368	0.7908	0.9286
Nota que se siente fatigado	98.6333	484.4471	0.7027	0.9303
Tiene sentimientos o sensaciones causadas por	98.9667	474.723	0.7273	0.9293
<b>A lo largo del día, Qué tanto se da cuenta de ...</b>				
Que sus brazos y/o piernas se sienten cansadas o pesados?	99.0667	471.7885	0.8058	0.9285
Dolores musculares, calambres o dolor?	99.3333	476.2989	0.6647	0.9299
Que sus hombros, cuello o espalda se siente doloridos?	99.0333	482.792	0.5752	0.9309
Sentimientos de tensión o incomodidad en su cuerpo?	99	485.7931	0.5557	0.9312
Rigidez en su cuerpo?	99.2333	476.6678	0.6872	0.9297
Estar pensando en qué medida la cantidad de sueño que obtuvo afectará su desempeño a lo	99.8333	466.8333	0.6497	0.9298

largo del día?				
Que su concentración se está afectando por su sueño (o la falta de)?	99	469.1724	0.7179	0.929
Evaluar o pensar en su nivel de energía	99.6333	476.9989	0.6039	0.9305
Que su estado de animo está siendo afectado por su sueño (o la falta de)?	99	475.4483	0.6164	0.9303

El coeficiente de consistencia interna de Cuestionario de actitudes y creencias disfuncionales sobre el sueño fue 0.8801. Los coeficientes de correlación entre cada reactivo y la suma total fueron de -0.007 a 0.7545. (Tabla 5)

**Tabla 5: Confiabilidad de Cuestionario de actitudes y creencias disfuncionales sobre el sueño**

	Media	Varianza	Correlación	Alpha
1.- Necesito dormir 8 horas para sentirme despejado y funcionar bien durante el día	71.5667	438.0471	0.4253	0.8765
2.- Si una noche no consigo dormir lo necesario, necesito recuperar el sueño haciendo la siesta al día siguiente o durmiendo mas la siguiente noche	70.8333	450.9713	0.1496	0.8816
3.- Como me estoy haciendo mayor necesito dormir menos	69.7333	455.3747	0.0526	0.8843
4.- Me preocupa que si estoy una o dos noches sin dormir pueda tener una crisis nerviosa	71.2	412.8552	0.7323	0.8691
5.- Me preocupa que el insomnio crónico pueda tener consecuencias graves sobre mi salud física	71.5667	417.8402	0.7545	0.8697
6.- Si paso mas tiempo en la cama suelo conseguir dormir más y sentirme mejor al día siguiente	70.0667	446.5471	0.169	0.8824



7.- Cuando no consigo conciliar el sueño, debo quedarme en la cama y poner más empeño en dormirme	70.9667	420.723	0.5591	0.873
8.- Me preocupa que pueda perder el control de mi capacidad de dormir	71.6667	424.023	0.6485	0.872
9.- Puesto que me estoy haciendo mayor, debería acostarme más pronto por la noche	70.1	423.0586	0.5869	0.8727
10.- Después de una mala noche, se que la falta de sueño interferirá en mi actividad normal durante el día	71.7667	427.5644	0.7193	0.872
11- Para estar despabilada y/o funcionar bien durante el día es mejor que me tome una pastilla que dormir mal por la noche	71.2667	435.0299	0.4774	0.8755
12.- Cuando estoy irritable, deprimida, ansiosa, durante el día, casi siempre es porque la noche anterior no he dormido bien	71.2333	429.5644	0.5445	0.874
13.- Ya que mi compañera de cama/habitación se duerme tan pronto como se acuesta y duerme durante toda la noche, yo debería ser capaz de hacer lo mismo	71.2333	437.9092	0.5365	0.8753
14.- Me parece que el insomnio es básicamente el resultado de hacerme mayor y que no puedo hacer gran cosa para solucionar este problema	70.1333	433.9816	0.3751	0.8774
15.- A veces me da miedo mientras estoy durmiendo	71.2	422.9241	0.6545	0.8717
16.- Si una noche duermo bien, sé que voy a pagarlo a la noche siguiente	70.9	428.0241	0.5314	0.8741
17.- Si una noche duermo mal, sé que esto alterará	71.4333	425.2885	0.6001	0.8728

mi ritmo de sueño durante toda la semana				
18.- Si no duermo correctamente por la noche, apenas puedo funcionar al día siguiente	71.3333	428.3678	0.5011	0.8746
19.- Nunca puedo prever si voy a dormir bien o si pasaré una mala noche	71.5667	421.4264	0.6459	0.8716
20.- Tengo poca capacidad para sobrellevar las consecuencias negativas de dormir mal	71.2	424.4414	0.6395	0.8721
21.- Cuando me siento cansado/a sin fuerzas o simplemente me parece que no rindo durante el día, generalmente es porque no puede dormir bien por la noche	71.4333	430.1851	0.5581	0.8739
22.- Por la noche me siento abrumada/a por mis propios pensamientos y frecuentemente siento que no tengo control para frenar mi mente	71.8667	445.7057	0.2664	0.8793
23.- Me parece que a pesar de mis dificultades con el sueño puedo llevar una vida satisfactoria	71.0667	444.754	0.2333	0.8803
24.- Creo que el insomnio es esencialmente el resultado de un desequilibrio químico	71.2	436.0276	0.411	0.8766
25.- Me parece que el insomnio esta destruyendo mi capacidad para disfrutar de la vida y que me impide hacer lo que yo quiero	71.2333	429.1506	0.5523	0.8739
26.- Cuando he dormido mal por la noche, evito o cancelo mis obligaciones (sociales, familiares, etc)	71.1	421.8172	0.6308	0.8719
27.- Una copita antes de acostarse es una buena solución para los problemas de sueño	69.5	447.8448	0.1801	0.8815
28.- Probablemente la medicación es la única solución para el insomnio	70.1333	447.223	-0.007	0.9107

29.- Cada vez duermo peor y no creo que nadie pueda ayudarme	71.1333	429.4299	0.4627	0.8754
30.- Casi siempre que no he dormido bien, se nota en mi aspecto	71.8667	437.292	0.5618	0.875

El coeficiente de consistencia interna del Índice de severidad del insomnio fue de 0.6980. Los coeficientes de correlación entre cada reactivo y la suma total fueron de 0.0988 a 0.5777. (Tabla 6)

**Tabla 6: Confiabilidad del Índice de severidad del insomnio**

	Media	Varianza	Correlación	Alpha
Dificultad para dormirse	17.5333	14.3264	0.5777	0.6314
Dificultad para mantenerse dormido	18.0333	15.6195	0.2465	0.7036
Problema para despertar muy temprano	18.7667	15.3575	0.0988	0.7799
Que tan satisfecho/insatisfecho esta	17.6667	13.4023	0.615	0.6128
En que medida considera usted que su	17.6667	15.0575	0.4717	0.6553
Qué tan evidente para los demás cree	18.1333	12.8092	0.5542	0.6209
Qué tan preocupado/afligido esta por	17.8	13.6138	0.5551	0.6267

El coeficiente de consistencia interna del Inventario de preocupaciones de Pensilvania fue de 0.9373. Los coeficientes de correlación entre cada reactivo y la suma total fueron de 0.3227 a 0.8607. (Tabla 7)

**Tabla 7: Confiabilidad del inventario de preocupaciones de Pensilvania**

	Media	Varianza	Correlación	Alpha
1. Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo	60.0667	156.754	0.3117	0.942
2. Sus preocupaciones le agobian	59.6667	149.954	0.6741	0.9334
3. Suele preocuparse por las cosas	59.6333	151.8954	0.6309	0.9344
4. Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe	59.5	149.5	0.765	0.9319
5. Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero...	59.6333	152.8609	0.5613	0.9358
6. Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho	59.4333	157.5644	0.3982	0.9388
7. Siempre está preocupándose por algo	59.7667	147.0126	0.7091	0.9325
8. Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones	59.6333	149.6885	0.6267	0.9344
9. Tan pronto como termina una tarea, en seguida	60.0667	145.2368	0.6794	0.9332
10. Se preocupa por todo	59.5333	140.8092	0.8606	0.9284
11. Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo	59.9	138.1621	0.8607	0.9282
12. Ha estado preocupado toda su vida	60.0333	142.4471	0.729	0.932
13. Se da cuenta de que siempre está preocupándose por	59.8667	140.9471	0.807	0.9298
14. Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no	59.8333	139.7989	0.8172	0.9294

15. Está todo el tiempo preocupándose por algo	59.6333	144.654	0.8346	0.9296
16. Se preocupa por un proyecto hasta que está acabado	59.8	152.3724	0.4913	0.9376

Tabla 8: Descripción estadística

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Inventario de síntomas depresivos	30	12.00	27.00	19.9667	3.9782
Conductas relacionadas con sueño	30	9.00	98.00	63.2667	20.1528
Monitoreo asociado con sueño	30	49.00	142.00	102.9667	22.6114
Actitudes y creencias disfuncionales	30	31.00	116.00	73.5000	21.4681
Índice de severidad del insomnio	30	12.00	28.00	20.9333	4.3066
Índice de preocupación de Pensilvania	30	33.00	80.00	63.7333	12.9267

Tabla 9: Correlación entre las escalas

	Conductas relacionadas con sueño	Monitoreo asociado con sueño	Actitudes y creencias disfuncionales	Índice de severidad del insomnio	Índice de preocupación de Pensilvania
Inventario de síntomas depresivos	.199	.036	.104	.203	.366*
Conductas relacionadas con sueño		.695**	-.340**	.495**	.510**
Monitoreo asociado con sueño			-.214	.583**	.411*
Actitudes y creencias disfuncionales				-.413*	-.315
Índice de severidad del insomnio					.556**

\* Correlación significativa en 0.05

\*\* Correlación significativa en 0.01

## Discusión

En los últimos años se ha visto que el insomnio puede ser un trastorno y cuando se presenta con otras enfermedades psiquiátricas se puede considerar como una comorbilidad. Este cambio de perspectiva se ha dado por varias situaciones. Un estudio longitudinal demostró que los síntomas del insomnio empeoran a medida que aparecen nuevos episodios depresivos, lo que sugiere que el insomnio puede provocar o precipitar nuevos episodios de depresión. (6, 8)

El insomnio es un problema de salud, que se presenta en una tercera parte de la población adulta. Los costos del insomnio incluyen problemas psicológicos como disminución de la calidad de vida, bajo rendimiento; deterioro cognitivo y aumento en la utilización de servicios. A pesar de su prevalencia y el costo, solo un pequeño porcentaje de las personas con insomnio reciben tratamiento. (15, 19)

El modelo cognitivo propone la participación de diferentes situaciones que desencadenan y/o empeoran el insomnio. Se mencionan las preocupaciones, comportamientos de seguridad, encaminados a mejorar el insomnio, creencias disfuncionales acerca del dormir, monitoreo asociado al sueño. (24, 25, 31, 36)

Considerando que desde los años 70's se estudia el modelo cognitivo, se han realizado diversas escalas y cuestionarios, con la finalidad de poder valorar las características y la evolución del insomnio, no solo como síntoma de alguna enfermedad, sino como un trastorno que requiere de atención aparte. Entre las escalas más usadas se encuentran el índice de severidad del insomnio, inventario de preocupaciones de Pensilvania, monitoreo asociado a

sueño, creencias disfuncionales acerca del sueño, comportamientos de seguridad relacionados al sueño. Todos estos cuestionarios pretenden ver como se relacionan entre si para determinar la evolución del insomnio, reportando en diversos estudios alta confiabilidad, consistencia interna. (43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51)

Para determinar la severidad de la depresión se utilizo el inventario rápido de sintomatología depresiva, que se ha aplicado principalmente a poblaciones ambulatorias, sin embargo en esta ocasión se utilizó para pacientes hospitalizados. La consistencia interna se reporto en 0.68, considerando que a pesar de tomar en cuenta todos los reactivos del DSM IV para diagnosticar depresión, la baja consistencia se puede asociar al hecho de que la mayoría de los pacientes se encontraban en cuadros graves de depresión, presentando algunos incluso intento suicida en este cuadro, lo que hace que la escala se mantenga en casi todos los pacientes en el extremo de la gravedad.

Hay evidencia de que la presencia del insomnio es un factor de riesgo para desarrollar depresión (19, 20, 21), por lo que se considero para este estudio aplicar el modelo cognitivo y determinar de qué manera influye en la evolución del insomnio, encontrando que solo se relaciona de manera directa con las preocupaciones. Se valoro con el índice de preocupación de Pensilvania, con la cual se cuestiona sobre situaciones diarias, que pueden ser generadoras de ansiedad, encontrando puntuaciones altas en la mayoría de los pacientes. Estos resultados apoyan la teoría del modelo cognitivo, donde las preocupaciones juegan un papel fundamental en el inicio y mantenimiento del insomnio, (25, 29) encontrando que solo las preocupaciones unen al modelo cognitivo con la depresión, sin asociarse la depresión con las otras escalas. lo que se relaciona de manera directa con la depresión y el insomnio.



Se aplicó el índice de severidad del insomnio, con reporte de una consistencia interna similar a lo reportado en otros estudios (48, 49). Con esta escala se valoran las características del insomnio, inicial, intermedio o final y que tan satisfecho se encuentra el paciente con la calidad del sueño. Se reportaron puntuaciones altas en el cuestionario.

Se valoraron los comportamientos de seguridad, conductas que los pacientes realizan con la finalidad de mejorar el insomnio, como dormir durante el día, permanecer más tiempo en cama, a pesar de no dormir bien, preocuparse durante la noche, observar constantemente el reloj para determinar el tiempo que se ha dormido y que se toma en quedarse dormido, aislarse, trabajar más para cansarse, situaciones que no mejoran el insomnio y peor aún lo intensifican. Reportes previos tienen la misma consistencia interna. (43) Se encontró que los comportamientos de seguridad se relacionaron de manera directa con el insomnio, intentando ser mecanismos compensadores, sin funcionar como tales. En la muestra se encontraron puntuaciones altas en la mayoría de los ítems.

En la correlación estadística se encuentra que los comportamientos de seguridad se relacionan de manera directa con el insomnio, las preocupaciones y el monitoreo, consideramos que esto se debe a que se van integrando o acumulando preocupaciones alrededor de no dormir bien. Llama la atención que los comportamientos de seguridad no se relacionan de manera significativa con la depresión.

Las creencias disfuncionales como que se necesita dormir mas de 8 horas para estar descansado, que conforme se envejece se necesitan dormir menos horas, el riesgo de crisis nerviosa, son situaciones que se presentan predominantemente durante la noche, impidiendo el inicio del sueño. (46,47). En el estudio las creencias disfuncionales solo se asociaron con el

insomnio, sin tener correlación con los otros cuestionarios, considerando que solo se valoran preocupaciones alrededor del dormir, sin que se pueden relacionar con otros síntomas. La consistencia interna del cuestionario es aceptable.

Las investigaciones sobre la atención selectiva y el monitoreo indican que la atención interna y externa son más altas en las personas con insomnio que en los que no tienen insomnio. Muchos estudios han demostrado diferencias entre los pacientes con insomnio y quienes no tienen, sobre el funcionamiento durante el día y la sensación subjetiva de función (35, 45). Se interrogan situaciones como que tan pendiente esta de sus reacciones corporales, del medio ambiente, tanto durante el día como la noche, la sensación de sentir como va relajándose el cuerpo o la imposibilidad de la misma, que tan cansado se siente durante el día, molestias físicas tanto durante el día como durante la noche, situaciones que refuerzan el estrés. En el estudio se encontró que el monitoreo se asocia con las preocupaciones, el insomnio y los comportamientos de seguridad, estas situaciones son las que agravan el problema del insomnio.

Como parte del estudio se determinó la confiabilidad de las escalas, que no estaban validadas en español, realizando primero la traducción, acorde a lo que marca la OMS, encontrando en todas ellas alta confiabilidad, medida por la consistencia interna.

## Conclusiones

La depresión es una patología que se presenta con frecuencia, presentando como parte del cuadro el insomnio. Es cada día más aceptado que el insomnio debe considerarse una patología aparte y no como solo un síntoma. La relación que se encontró en el estudio fue que el insomnio se relacionaba de manera directa con las preocupaciones, pero no con la depresión, siendo las preocupaciones lo que podía mantener a largo plazo los síntomas tanto depresivos como del insomnio.

Con la aplicación de los diferentes cuestionarios, en los cuales se correlacionan de manera directa con el insomnio, se pudo comprobar el papel primordial que juegan las preocupaciones como factor cardinal del insomnio. La interacción de la depresión en el modelo cognitivo, que previamente solo se ha aplicado a pacientes con insomnio primario, nos muestra en el estudio que las preocupaciones, similar a lo encontrado en otros estudios, son la base en la generación y mantenimiento del insomnio. Apoyando a la presencia de las preocupaciones, los comportamientos de seguridad que no disminuyen el insomnio, sino por el contrario lo intensifican, el monitoreo, las creencias disfunciones, todos ellos situaciones que pueden empeorar la evolución del padecimiento.

El saber que el insomnio puede persistir posterior a tratar los cuadros depresivos, implica que tenemos que ajustar el tratamiento suficiente para el insomnio. Buscando nuevas alternativas de tratamiento y valorar de manera integral los pensamientos que acechan a un paciente con un cuadro depresivo, con insomnio.

## Referencias Bibliograficas

1. Jackson,W. Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos Hipocráticos a la época moderna. Madrid. Ediciones Turner. 1989.
2. Lain Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona. Masson. 2006
3. Foucalt, M. Historia de la locura en la época clásica. México. Fondo de cultura económica. 1967
4. Aldo Conti, N. Historia de la depresión, la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX. Buenos aires. Polemos. 2007.
5. Medina –Mora, M; Borges, G; Benjet, C; Lara, C; Berglund, P. “Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample”. *Brittish Journal of psychiatry*, 2007, Vol. 190. 521-528
6. Bello, M; Puentes –Rosas, E; Medina-Mora, M; Lozano, R. “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”. *Salud Pública de México*. 2005, Vol. 47, suplemento 1.
7. LeBlanc, M; Mérette, C; Savard, J; Ivers, H; Baillargeon, L; Morin C. “Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep*. 2009. Vol. 32, No. 8
8. Ohayon, M. “Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn”. *Sleep Medicine Reviews*. 2002. Vol. 6. No. 2
9. Valladare, A; Dilla, T; Sacristán, J. “La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad”. *Actas Españolas Psiquiátricas* 2009, Vol.37, Número 1: 49-53
10. Katon, W. “The Impact of Depression on Workplace Functioning and Disability Costs”. *American Journal Manag Care*. 2009. Vol 15, No, 32

11. Luppá M; Heinrich, S; Angermeyer M. "Cost of illness studies of depression a systematic review". *Journal of Affective disorders*. 2007. Vol. 98, 29-43
12. Sobocki P. Health economics of depression. Tesis doctoral. Stockholm: Karolinska Institute 2006.
13. Donohue, J; Pincus H. Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics*. 2007. Vol. 25.
14. Wang, P; Simon, G; Kessler R. "The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2002. Vol, 12. No. 1
15. Reyes, A; Lemus, A; Monterola, O; Ramirez J. "Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio". *Archivos de Neurociencias*. México. 2009. Vol. 14, No. 4: 266-272
16. Sivertsen, B; Overland, S; Neckelmann, D; Glozier, N; Krokstad, S; Pallesen, S, et al. "The long Term effect of insomnia on work disability. The HUNT -2. Historical Cohort Study". *American Journal of Epidemiology*. 2006. 163: 1018-24
17. Szklo-Coxe, M; Young, T; Peppar, P; Finn, L; Benca, R. "Prospective Associations of Insomnia Markers and symptoms with depression". *American Journal of Epidemiology*. 2010. Vol. 171, No. 6
18. Yang, A; Tsai, S; Yang, C; Kuo, C; Chen, T; Hong, C. "Reduced physiologic complexity is associated with poor sleep in patients with major depression and primary insomnia". *Journal of Affective Disorders*. 2010
19. Pigeon, W; Hegel, M; Unützer, J; Fan, M; Sateia, M; Lyness, J; et al. "Is Insomnia a Perpetuating Factor for Late-Life Depression in the IMPACT Cohort?" *SLEEP*, 2008 Vol. 31, No. 4,

20. Vaughn, W; Jill, N; Blocker, M; Agostino, R; Kimball, J; Boggs, N. "Treatment of insomnia in depressed insomniacs: effects on health-related quality of life, objective and self-reported sleep, and depression". *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2010, Vol 6, No. 4
21. Baglioni, C; Battagliese, G; Feige, B; Spiegelhalder K; Nissen, C; Voderholzer, U; Lombardo C; Riemann, D; "Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies". *J. Affect. Disord.* (2011)
22. Riemann, D; Berger, M; Voderholzer, U. "Sleep in depression: results from psychobiological studies". *Biology Psychology*. 2001. Vol. 57, (1-3). 67-103
23. Montes-Rodríguez A; Rueda-Orozco E; Urteaga-Urías E; Aguilar-Roblero R; Prospero-García M. "De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño". *Revista de Neurología*. 2006. Vol. 43, Número 7, 409-415
24. Pigeon, W. "Diagnosis, prevalence, pathways, consequences & treatment of insomnia". *Indian J Med Res* 131, February 2010, pp 321-332
25. Harvey, A; Tang, N; Browning, L. "Cognitive approaches to insomnia". *Clinical Psychology Review* (2005) 593-611
26. Storm, M; Nisbett, R. "Insomnia and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1970. Vol. 16, 319-328
27. Rechtschaffen, A; Monroe, L. "Laboratory studies of insomnia". *Sleep*. 1969.
28. Sanavio, E. "Pre-sleep cognitive intrusions and treatment of onset insomnia". *Behavior Research and Therapy*. 1988. Vol. 26, 451-459
29. Mendelson, W. "Insomnia: The patient and the pill". *American Psychological Association*. 1990.

30. Morin, C; Coecchi, C; Stone J; Sood, R; Brink, D. "Behavioral and pharmacological therapies for late life insomnia: A randomized controlled trial". Journal of the American Medical Association. 1999. Vol. 281, 991-999
31. Watts, F; Coyle, P. "The contribution of worry to insomnia". British Journal of clinical psychology. 1994. Vol. 33, 211-220
32. Pigeon, W. "Diagnosis, prevalence, pathways, consequences & treatment of insomnia". Indian Journal Medicine Research. 2010. 131, 321-332
33. Spielman, A; Caruso, L; Glovinsk, P. " A behavioral perspective on insomnia treatment". Psychiatric Clinic North Americ. 1987. 10, 541-53
34. Perlis, M; Pigeon, W. "Etiology and pathophysiology of insomnia". Principle and practice of sleep medicine. 2005, 714-725
35. Nofzinger E; Buysse D; Germain A; Price J. Miewald J; Kupfer, D. "Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia". American Journal of Psychiatry. 2004. 161, 2126-9
36. Pigeon, W; Perlis M. "Sleep homeostasis in primary insomnia". Sleep Medicine Rev. 2006. 10, 247-54
37. Perlis, M; Giles, E; Mendelson W. "Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective". Journal Sleep Research as 1997 6, 179-188
38. Jansson, M; Steven, L. "The role of psychological mechanisms to insomnia in its early phase: A focus on arousal, distress, and sleep-related beliefs". Psychology and Health. Vol. 23, No. 6: 691–705
39. Bonnet, M; Arand, D. "Hyperarousal and insomnia: State of the science". Sleep Medicine Reviews. 2010, 14. 9–15
40. Harvey, A. "A cognitive theory and therapy for chronic insomnia". Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly. 2005. Volume 19, number 1

41. Rush, J; Trivedi, M; Wisniewski, S; Nierenberg, A; Stewart, J; Warden D; et al. "Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: A STAR\*D report". *American Journal Psychiatry*. 2006. 163: 1905-1917
42. Rush, J. "Inventory of depressive symptomatology (IDS) and Quick Inventory of depressive symptomatology (QIDS)". Texas Southwestern medical center
43. Ree, M; Harvey, A. "Investigating safety behaviours in insomnia: the development of the sleep-related behaviours questionnaire. *Behaviour change*. 2004. Vol. 21. No. 1 22-36
44. Sartorius, N; Janca A. "Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Epidemiology*. 1996. Vol. 31 55-69
45. Semler C; Harvey A. "Monitorin for sleep-related threat: a pilot study of the Sleep Associated Monitoring Index (SAMI)". *Psychosomatic medicine*. 2004. 66:242-250.
46. Carney C; Edinger J; Manber R; Garson C; "Beliefs about sleep in disorders characterized by sleep and mood disturbance". *Journal of Psychosomatic Research*. 2007. Vol. 62: 179- 188
47. Morin C; Stone J; Trinkle D; Mercer J; Remsberg S. " Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep among older adults with and without insomnia complaints". *Psychology Aging*. 1993. Vol. 8:463-7
48. Sierra J; Guillen-Serrano V; Santos-Iglesias P. "Insomnia severity Index: algunos indicadores acerca de su fiabilidad y validez en una muestra de personas mayores". *Revista de neurología*. 2008. Vol. 47. No. 11. 566-570
49. Morin C; Belleville G; Belanger L; Ivers H. "The insomnia severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response". *Sleep*. 2011. Vol. 34. No. 5.
50. Brown T. "Confirmatory Factor analysis of the Penn State Worry questionnaire: multiple factor sor method effects". *Behaviour Research and Therapy*. 2003. Vol. 41:1411-1426



51. Nuevo R; Montorio I; Ruiz M. "Aplicabilidad del inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) en una población de edad avanzada". *Ansiedad y estrés*. 2002. Vol. 8:157-172

### **Anexos**

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Inventario rápido de depresión

Anexo 3. Actitudes y creencias disfuncionales relacionados al sueño

Anexo 4. Índice de severidad del insomnio

Anexo 5. Cuestionario de Preocupación de Pensilvania

Anexo 6. Comportamientos relacionados al sueño

Anexo 7. Monitoreo relacionado a sueño

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Si usted tiene esta hoja en sus manos es porque ha recibido una invitación verbal para participar en el estudio clínico denominado:

### **El modelo cognitivo en insomnio en pacientes con depresión mayor, hospitalizados en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"**

La idea del estudio es poder estudiar las características del insomnio, los pensamientos que lo desencadenan y las conductas que se presentan en los pacientes.

Solo tendrá que contestar unos cuestionarios, donde se interrogan sobre las características del insomnio, las características de la depresión y la asociación entre las mismas, para poder determinar en base a los resultados la asociación.

Su participación es voluntaria y la negativa al estudio, no afectara de ninguna manera la atención en esta institución.

ACEPTO PARTICIPAR DE FORMA VOLUNTARIA EN ESTE ESTUDIO, entendiendo que puedo suspender la participación en el momento que así lo decida.

---

Nombre y firma del paciente

---

Nombre y firma del testigo

---

Nombre y firma del investigador

El inventario Rápido de la Sintomatología Depresiva (Reporte Personal) (QIDS-SR16)

Nombre o ID: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

EN CADA SECCIÓN, POR FAVOR MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS

Durante los últimos siete días.....

**1. Quedarse dormido**

- 0 Nunca tardo mas de 30 min para dormirme
- 1 Tardo al menos 30 minutos en dormirme, menos de la mitad de las veces
- 2 Tardo por lo menos 30 minutos en dormirme, mas de la mitad de las veces
- 3 Tardo mas de 60 minutos en dormirme, mas de la mitad de las veces

**2. Dormir durante toda la noche:**

- 0 No me despierto durante la noche
- 1 Tengo un sueño ligero e inquieto y siempre me despierto brevemente varias veces durante la noche
- 2 Me despierto por lo menos una vez cada noche, pero vuelvo a dormirme fácilmente
- 3 Me despierto por lo menos una vez cada noche y me quedo despierto por 20 minutos o más, más de la mitad de las veces.

**3. Despertarse demasiado temprano:**

- 0 La mayoría de las veces, me despierto no más de 30 minutos antes de la hora que debo levantarme.
- 1 Más de la mitad de las veces, me despierto más de 30 minutos de la hora a la que debo levantarme.
- 2 Casi siempre me despierto por lo menos una hora antes de la hora a la que debo levantarme, pero eventualmente me vuelvo a dormir.
- 3 Me despierto por lo menos una hora antes de la hora a la que debo levantarme y no puedo volver a dormir.

**4. Dormir demasiado:**

- 0 No duermo más de 7 a 8 horas por noche, sin hacer una siesta durante el día
- 1 No duermo más de 10 horas incluyendo siestas durante un período de 24 horas
- 2 No duermo más de 12 horas incluyendo siestas durante un período de 24 horas
- 3 Duermo más de 12 horas, incluyendo siestas durante un período de 24 horas

Durante los últimos siete días

**5. Sentirse triste:**

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste menos de la mitad de las veces
- 2 Me siento triste mas de la mitad de las veces
- 3 Me siento triste casi siempre

**Por favor responda a la pregunta 6 ó 7 (pero no ambas)**

**6. Menos apetito**

- 0 No hay cambio en mi apetito usual
- 1 Como algo menos o menor cantidad de alimento que lo usual
- 2 Como mucho menos que lo usual y solamente con esfuerzo personal
- 3 Como raramente durante un período de 24 horas, y solamente con mucho esfuerzo personal o cuando otros me persuaden a que lo haga

- 0 -

**7. Más apetito:**

- 0 No hay cambio en mi apetito usual
- 1 Siento una necesidad de comer más frecuentemente que lo usual
- 3 Como regularmente más frecuentemente y/o mayores cantidades de alimento que lo usual
- 3 Me siento conducido a sobrealimentarme tanto en la hora de comer como entre comidas

**Por favor responda a la pregunta 8 ó 9 (pero no a ambas)**

**8. Disminución de peso (durante las dos últimas semanas)**

- 0 No he tenido cambio en mi peso
- 1 Creo que he tenido una ligera pérdida de peso
- 2 He perdido 2 libras o más
- 3 He perdido 5 libras o más

9. 0 -

**10. Aumento de peso (durante las dos últimas semanas)**

- 0 No he tenido cambio en mi peso
- 1 Creo que he aumentado ligeramente de peso
- 2 He ganado 2 libras o más
- 3 He ganado 5 libras o más

**Durante los últimos siete días**

**11. Concentración y toma de decisiones:**

- 0 No hay cambio en mi capacidad habitual de concentrarme o de hacer decisiones
- 1 Me siento ocasionalmente indeciso o con poca atención
- 2 La mayoría de las veces, me esfuerzo para concentrarme o tomar decisiones
- 3 No puedo concentrarme bastante bien para leer o no puedo tomar decisiones menores

**12. Lo que pienso de mí mismo:**

- 0 Creo que valgo tanto como los demás
- 1 Me culpo más que lo usual
- 2 Creo que ampliamente provoqué problemas a los otros
- 3 Pienso casi constantemente acerca de los defectos mayores y menores en mí mismo

**13. Pensamientos de muerte o de suicidio**

- 0 No pienso en el suicidio o la muerte
- 1 Considero que la vida no tiene sentido y me pregunto si vale la pena vivir.
- 2 Pienso en el suicidio o en la muerte varias veces por semana varios minutos
- 3 Pienso en el suicidio o en la muerte varias veces al día, con bastante detalle o he hecho planes concretos para suicidarme o he realmente intentado terminar mi vida.

**14. Interés general:**

- 0 Las personas y las actividades me interesan como siempre
- 1 Noto que estoy menos interesado en la gente o en actividades
- 2 Me interesan sólo una o dos de las actividades que tenía anteriormente
- 3 Prácticamente no me interesa ninguna de las actividades que tenía anteriormente

**Durante los últimos siete días**

**15. Nivel de energía**

- 0 No hay cambio en mi nivel habitual de energía.
- 1 Me canso más fácilmente que lo usual
- 2 Temo que hacer un esfuerzo grande para comenzar o finalizar mis actividades diarias (por ejemplo, compras, tarea, cocinar o ir a trabajar)
- 3 Realmente no puedo llevar a cabo la mayoría de mis actividades diarias porque no tengo la energía

**16. Sentirse más lento que lo usual**

- 0 Pienso, hablo y me muevo tan rápido como antes
- 1 Encuentro que mi pensamiento es más lento o mi voz suena sin ánimo y aburrida
- 2 Tardo varios segundos para responder a la mayoría de las preguntas y estoy seguro de que mi pensamiento es más lento.
- 3 Me siento frecuentemente incapaz de responder a las preguntas a menos que haga mucho esfuerzo

**17. Sentirse inquieto**

- 0 No me siento inquieto
- 1 Estoy frecuentemente inquieto, restriego mis manos, o necesito cambiar de posición cuando estoy sentado.
- 2 Tengo impulsos de estar moviéndome y me siento bastante inquieto
- 3 A veces me siento incapaz de permanecer sentado y necesito ir de un lado al otro

Escala de Actitudes y Creencias Disfuncionales acerca del Dormir

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A continuación se incluyen varias afirmaciones que reflejan las creencias y actitudes de las personas sobre el sueño. Indique por favor hasta que punto usted esta de acuerdo con cada una de ellas. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Para cada afirmación señale usando la siguiente escala:

		Totamente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Indiferente	Ligeramente de acuerdo	Totamente de acuerdo
1	Necesito dormir 8 horas para sentirme despejado/a y funcionar bien durante el día	1	2	3	4	5
2	Si una noche no consigo dormir lo necesario, necesito recuperar el sueño haciendo la siesta al día siguiente o durmiendo mas a la siguiente noche	1	2	3	4	5
3	Como me estoy haciendo mayor, necesito dormir menos	1	2	3	4	5
4	Me preocupa que si estoy una o dos noches sin dormir pueda tener una crisis nerviosa	1	2	3	4	5
5	Me preocupa que el insomnio crónico pueda tener consecuencias graves sobre mi salud física	1	2	3	4	5
6	Si paso más tiempo en la cama suelo conseguir dormir más y sentirme mejor al día siguiente.	1	2	3	4	5
7.	Cuando no consigo conciliar el sueño, debo quedarme en la cama y poner más empeño en dormirme	1	2	3	4	5
8.	Me preocupa que pueda perder el control de mi capacidad de dormir	1	2	3	4	5
9.	Puesto que me estoy haciendo mayor, debería acostarme más pronto por la noche	1	2	3	4	5
10.	Después de una mala noche, sé que la falta de sueño interferirá en mi actividad normal durante el día	1	2	3	4	5
11.	Para estar despabilado/a y funcionar bien durante el día es mejor que me tome una pastilla que dormir mal por la noche	1	2	3	4	5
12.	Cuando estoy irritable, deprimido/a, ansioso/a, durante el día, casi siempre es porque la noche anterior no he dormido bien	1	2	3	4	5
13.	Ya que mi compañero/a de cama (habitación) se duerme tan pronto como se acuesta y duerme durante toda la noche, yo debería ser capaz de hacer lo mismo	1	2	3	4	5
14.	Me parece que el insomnio es básicamente el resultado de hacerme mayor y que no puedo hacer gran cosa para solucionar este problema	1	2	3	4	5
15.	A veces me da miedo mientras estoy durmiendo	1	2	3	4	5
16.	Si una noche duermo bien, sé que voy a pagarlo a la noche siguiente	1	2	3	4	5
17.	Si una noche duermo mal, sé que esto alterara mi ritmo de sueño durante toda la semana	1	2	3	4	5
18.	Si no duermo correctamente por la noche, apenas puedo funcionar al día siguiente	1	2	3	4	5
19.	Nunca puedo prever si voy a dormir bien o si pasará una mala noche	1	2	3	4	5
20	Tengo poca capacidad para sobrellevar las consecuencias negativas de dormir mal	1	2	3	4	5
21.	Cuando me siento cansado/a y sin fuerzas, o simplemente me parece que no rindo durante el día, generalmente es porque no pude dormir bien por la noche	1	2	3	4	5
22	Por la noche me siento abrumado/a por mis propios pensamientos y frecuentemente siento que no tengo control para frenar mi mente	1	2	3	4	5
23	Me parece que a pesar de mis dificultades con el sueño, puedo llevar una vida satisfactoria	1	2	3	4	5
24.	Creo que el insomnio es esencialmente el resultado de un desequilibrio químico	1	2	3	4	5
25.	Me parece que el insomnio esta destruyendo mi capacidad para disfrutar de la vida y que me impide hacer lo que yo quiero	1	2	3	4	5
26.	Cuando he dormido mal por la noche, evito o cancelo mis obligaciones (sociales, familiares, de trabajo, etc.)	1	2	3	4	5
27.	Una copita antes de acostarse es una buena solución para los problemas de sueño	1	2	3	4	5
28.	Probablemente la medicación es la única solución para el insomnio	1	2	3	4	5
29.	Cada vez duermo peor y no creo que nadie pueda ayudarme	1	2	3	4	5
30.	Casi siempre que no he dormido bien, se nota en mi aspecto	1	2	3	4	5

## INDICE DE SEVERIDAD DEL INSOMNIO

Fecha:

Nombre:

Edad:

Sexo:

1. Por favor califique la severidad actual de su problema de insomnio.

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Muy severa
Dificultad para dormirse	0	1	2	3	4
Dificultad para mantenerse dormido	0	1	2	3	4
Problema por despertar muy temprano	0	1	2	3	4

2. ¿Qué tan satisfecho/insatisfecho está usted con su patrón de sueño actual?

Muy satisfecho				Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

3. ¿En qué medida considera usted que su problema de sueño interfiere con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga en el día, capacidad para funcionar en el trabajo/tareas diarias, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)?

No interfiere en absoluto	Un poco	Algo	Mucho	Interfiere demasiado
0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan evidente para los demás cree usted que es su problema para dormir, en términos de la afcción de su calidad de vida?

Nada Evidente	Apenas	Algo	Mucho	Demasiado evidente
0	1	2	3	4

5. ¿Qué tan preocupado/afligido está usted por su problema de sueño actual?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Demasiado o
0	1	2	3	4

**INVENTARIO DE PREOCUPACIÓN DE PENSILVANIA  
(Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002; *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172;  
Versión original de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990).**

Indique hasta qué punto se identifica con cada una de las situaciones que vamos a presentarle a continuación, referidas al modo que tienen las personas de preocuparse

	Nada	Algo	Regular	Bastante	Mucho
1. Se preocupa si no tiene suficiente tiempo para hacerlo todo					
2. Sus preocupaciones le agobian					
3. Suele preocuparse por las cosas					
4. Hay muchas circunstancias que hacen que se preocupe					
5. Sabe que no debería preocuparse por las cosas, pero no puede evitarlo					
6. Cuando está bajo tensión tiende a preocuparse mucho					
7. Siempre está preocupándose por algo					
8. Le resulta difícil dejar de lado las preocupaciones					
9. Tan pronto como termina una tarea, en seguida empieza a preocuparse por alguna otra cosa que debe hacer					
10. Se preocupa por todo					
11. Aunque no haya nada más que se pueda hacer por algo, sigue preocupándose por ello					
12. Ha estado preocupado toda su vida					
13. Se da cuenta de que siempre está preocupándose por las cosas					
14. Una vez que comienza a preocuparse por algo, ya no puede parar					
15. Está todo el tiempo preocupándose por algo					
16. Se preocupa por un proyecto hasta que está acabado					

## Cuestionario de Comportamientos Relacionados con el Sueño

Nombre:

Fecha:

### Instrucciones

Por favor lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones siguientes y circule el número que mejor describa que tan frecuentemente usted hace las siguientes cosas con el fin de lidiar con el cansancio o de mejorar su sueño (ejemplo, 0= casi nunca, 4= casi siempre)

	Casi Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
Para lidiar con el cansancio o mejorar el sueño...					
Paso tiempo considerando formas de mejorar el sueño	0	1	2	3	4
Me mantengo en segundo plano en situaciones sociales	0	1	2	3	4
Intento detener todo pensamiento cuando intento dormir	0	1	2	3	4
Realizo alguna actividad cerca de la hora de dormir para cansarme	0	1	2	3	4
Falto a citas o las cancelo (durante el día o la tarde)	0	1	2	3	4
Durante el día, bloqueo en mi mente los pensamientos sobre dormir	0	1	2	3	4
Reduzco mis expectativas sobre lo que puedo lograr	0	1	2	3	4
Me imagino cómo recuperaré después mi sueño	0	1	2	3	4
Trabajo menos fuerte para conservar energía	0	1	2	3	4
Trato de mantener todos los pensamientos e imágenes inquietantes fuera de mi mente mientras estoy en la cama	0	1	2	3	4
Evito hablar de cómo duermo	0	1	2	3	4
Miro el reloj al levantarme para calcular cuantas horas dormí	0	1	2	3	4
Planeo acostarme temprano	0	1	2	3	4
Me rindo al tratar de trabajar	0	1	2	3	4
Tomo una o varias pastillas para dormir	0	1	2	3	4
Recupero mi sueño con siestas	0	1	2	3	4
Uso taponos en los oídos para bloquear todos los sonidos que pudieran despertarme o impedirme dormir	0	1	2	3	4
Me preocupo sobre las consecuencias de dormir mal mientras estoy en la cama	0	1	2	3	4
Hago menos compromisos sociales	0	1	2	3	4
Dejo las tareas para mañana	0	1	2	3	4
Evito conversaciones difíciles con la gente	0	1	2	3	4
Durante el día, conservo energía como sea que pueda	0	1	2	3	4
Evito dormir fuera de casa	0	1	2	3	4
Miro el reloj para ver cuanto tiempo me toma quedarme dormido	0	1	2	3	4
Estoy menos activo durante el día	0	1	2	3	4
Me mantengo ocupado para dejar de pensar en mi dormir	0	1	2	3	4
Me limito a actividades sencillas durante el día/tarde	0	1	2	3	4
Me preocupo sobre otras cosas (ejemplo, el trabajo) para distraerme de las inquietudes respecto al sueño	0	1	2	3	4
Tomo remedios herbales para ayudarme a dormir	0	1	2	3	4
Mientras estoy en cama, trato de bloquear los pensamientos sobre cualquier problema	0	1	2	3	4
Me apego a una rutina durante el día de tal forma que no tenga que pensar mucho	0	1	2	3	4
Me voy a la cama temprano para darme mucho tiempo para quedarme dormido	0	1	2	3	4



## INDICE DE MONITOREO ASOCIADO AL SUEÑO

Abajo esta una lista de cosas que algunas veces la gente hace o siente cuando se queda dormida, cuando despierta o durante el día. Para cada enunciado, por favor circule la mejor respuesta de que tanto se da cuenta de estas cosas en una NOCHE TIPICA o un DIA TIPICO durante el mes pasado.

### ANTES DE O AL IR A LA CAMA, ¿QUÉ TANTO USTED...

	nada	un poco	algo	frecuente mente	todo el tiempo
1. calcula el número de horas de sueño que probablemente tendrá (por ejemplo, el número posible de horas de sueño cuando pone la alarma del reloj)?	1	2	3	4	5
2. calcula el número de horas de sueño que espera tener?	1	2	3	4	5
3. decide a qué horas debiera levantarse basado en la en la hora que se va a dormir?	1	2	3	4	5

### ¿CUANDO SE DUERME O VUELVE A QUEDARSE DORMIDO, QUÉ TANTO SE DA CUENTA DE

4. sensaciones físicas en su cuerpo?	1	2	3	4	5
5. su pulso o latido palpitando o acelerándose?	1	2	3	4	5
6. sus reacciones corporales internas?	1	2	3	4	5
7. sensaciones de tensión o incomodidad dentro de su cuerpo?	1	2	3	4	5
8. ruidos en la casa?	1	2	3	4	5
9. ruidos fuera de la casa?	1	2	3	4	5
10. checar el reloj para ver cuánto tiempo le está tomando quedarse dormido?	1	2	3	4	5
11. notar cuanto tiempo le toma quedarse dormido?	1	2	3	4	5

### ¿CUANDO SE ACERCA EL SUEÑO QUÉ TANTO SE DA CUENTA DE....

12. su cuerpo relajándose o sintiéndose más pesado?	1	2	3	4	5
13. una sensación de flotar?	1	2	3	4	5
14. sus ojos o parpados sintiéndose pesados?	1	2	3	4	5
15. sus músculos debilitándose o relajándose?	1	2	3	4	5

### CUANDO SE DESPIERTA POR LA MAÑANA, ¿EN QUÉ MEDIDA USTED....

16. calcula la cantidad de sueño que obtuvo?	1	2	3	4	5
17. nota sensaciones de cansancio o pesadez en su cuerpo?	1	2	3	4	5
18. nota pesadez, dolor o comezón en sus ojos?	1	2	3	4	5
19. nota cansancio o pesadez en sus brazos y/ o piernas?	1	2	3	4	5
20. nota que se siente fatigado?	1	2	3	4	5
21. Tiene sentimientos o sensaciones causadas por privación de sueño?	1	2	3	4	5

### A LO LARGO DEL DIA, ¿QUÉ TANTO SE DA CUENTA DE....

22. que sus brazos y/ o piernas se sienten cansados o pesados?	1	2	3	4	5
23. dolores musculares, calambres o dolor?	1	2	3	4	5
24. que sus hombros, cuello o espalda se sienten adoloridos?	1	2	3	4	5
25. sentimientos de tensión o incomodidad en su cuerpo?	1	2	3	4	5
26. rigidez en su cuerpo?	1	2	3	4	5
27. estar pensando en que medida la cantidad de sueño que obtuvo afectara su desempeño a lo largo del día?	1	2	3	4	5
28. que su concentración se esta afectando por su sueño (o la falta de)?	1	2	3	4	5
29. evaluar o pensar en su nivel de energía?	1	2	3	4	5