

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

La relación del insomnio en el estado de ánimo del adulto

Autor: Alma Irene Muñoz Silva

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología**

**Nombre del asesor:
María del Carmen Manzo Chávez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





UVAQ

M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**"LA RELACIÓN DEL INSOMNIO EN EL ESTADO
DE ÁNIMO DEL ADULTO"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ALMA IRENE MUÑOZ SILVA**

**ASESORA DE TESIS:
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ**

CLAVE: 16PSU004J

ACUERDO: RV0E020SEP



VALA T297

MORELIA, MICHOACÁN, A JULIO DEL 2003.



UVAQ

M.R. _____

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**"LA RELACIÓN DEL INSOMNIO EN EL ESTADO
DE ÁNIMO DEL ADULTO"**

T E S I S

**PRESENTA:
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ALMA IRENE MUÑOZ SILVA**

**ASESORA DE TESIS:
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ**

CLAVE: 16PSU004J

ACUERDO: RV0E020SEP

MORELIA, MICHOACÁN, A JULIO DEL 2003.



AGRADECIMIENTOS.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"LA RELACION DEL INSOMNIO EN EL ESTADO DE ANIMO DEL ADULTO"

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
ALMA IRENE MUÑOZ SILVA**

**ASESORA DE TESIS:
MTRA. MARIA DEL CARMEN MANZO CHÁVEZ**

CLAVE: 16PSU004J

ACUERDO: RVOE020SEP

MORELIA, MICHOACÁN A JULIO DEL 2003.



AGRADECIMIENTOS.

A Dios por darme el precioso regalo de la vida y de estar con mi familia, y por ser mi base y guía principal en todo.

A mis padres por cuidarme, amarme, apoyarme en cada segundo de mi existencia, por enseñarme lo bueno y lo malo, y por lo tanto, a ser una persona de bien, además de ser los dos un gran ejemplo para mí.

A mis abuelos, porque siempre me han apoyado y han confiado en mi, y por ser uno de los más grandes ejemplos a seguir que tengo.

A mis hermanos, por quererme, también por cuidarme y porque me han enseñado muchas cosas importantes para ser mejor y también me han enseñado a reír.

A Mauricio por quererme tanto, por apoyarme y sobre todo por compartirse conmigo.

A toda mi familia y a mis amigos por ser un gran apoyo y estar cuando los necesito.

A Mariana por ser la mejor amiga, por estudiar conmigo y por siempre estar dispuesta a apoyarme y ayudarme.

A mi asesora, la Mtra. María del Carmen Manzo Chávez, por corregirme y enseñarme a ser mejor, por tenerme paciencia y ayudarme en todo lo posible.

A mi directora, la Lic. Hilda Leticia del Toro Nava, por apoyarme, por alentarme a seguir adelante y por darme el tiempo necesario para realizar mi trabajo.

A todas las personas que han estado siempre conmigo, que me han apoyado y han creído en mí.

A todos los lectores de mi investigación por interesarse en mi trabajo.

DEDICATORIA.

Este trabajo se lo quiero dedicar a mis padres, porque me han dado mucho amor, comprensión y sabiduría, porque siempre me ha apoyado, han confiado en mi, me han hecho crecer como persona por su calidad y calor humano, porque me han enseñado a ser humilde y a luchar por mis logros, porque sin ellos no sería posible mi vida, y además porque sin ellos tampoco sería posible mi realización como profesionalista.

Muchas Gracias por Todo.

Alma Irene.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:**PAG.**

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACION	7
IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	8
OBJETIVOS	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
HIPOTESIS	11
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	
1 El Sueño	12
1.1 Antecedentes Históricos del Sueño	13
1.2 Teorías Básicas sobre el Sueño	15
1.3 Descripción Fisiológica y Conductual	15
1.4 Fases del Sueño	17
1.5 Las Funciones del Sueño	21
1.6 Los Sueños	24
1.7 Trastornos del Sueño	27
1.8 Tipos de insomnio	38
1.9 Causas de Insomnio	41
1.10 Prevalencia	42
1.11 Diagnóstico	44
1.12 Consecuencias del Insomnio	45
1.13 Tratamiento del Insomnio	45
2. Estado de Animo	61
2.1 Trastornos del Estado de Animo	61
2.2 Estado de Animo Depresivo	62
2.3 Antecedentes Históricos de la Depresión	62
2.4 Teoría Psicoanalítica de la Depresión	66
2.5 Tipos de Depresión	68
2.6 Causas de Depresión	72
2.7 Prevalencia	73
2.8 Diagnóstico	76
2.9 Consecuencias de la Depresión	78
2.10 Tratamiento de la Depresión	84
3. Ansiedad	90
3.1 Sintomatología	90
3.2 Trastornos de Ansiedad	92
3.3 Clasificación	102

3.4	Ansiedad Patológica	104
3.5	Tratamiento de la Ansiedad	105

CAPITULO II METODOLOGIA

2.1	Objetivo General	109
2.2	Objetivos Particulares	109
2.3	Planteamiento del Problema	109
2.4	Hipótesis	110
2.5	Variables	110
2.6	Tipo de Investigación	111
2.7	Diseño de la Investigación	112
2.8	Sujetos	112
2.9	Muestreo	112
2.10	Instrumentos	113
2.11	Descripción de los Instrumentos	113
2.12	Escenario	125
2.13	Procedimiento	125

CAPITULO III RESULTADOS

3.1	Análisis Descriptivo	127
3.2	Análisis Estadístico	155

CAPITULO IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1	Discusión	160
4.2	Conclusiones	171

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	174
----------------------------	-----

REFERENCIAS	176
-------------	-----

ANEXOS	181
--------	-----

RESUMEN

RESUMEN

La realización de este trabajo tuvo como objetivo analizar cuál es la influencia que tiene el insomnio en el estado de ánimo de los adultos, y también brindar un mejor y mayor conocimiento de este problema tanto para las personas que lo padecen como para todas aquellas que estén interesadas en el tema. La investigación fue un estudio cuantitativo, con un diseño de investigación de una sola muestra, de 72 sujetos hombres y mujeres con diagnóstico médico de insomnio, que van de 19 a 40 años de edad y que son pacientes de consulta externa del Sanatorio de la Luz, de esta ciudad, a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión de Hamilton, una entrevista y ya contaban con una historia clínica médica. Los resultados de la investigación fueron que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el insomnio y es estado de ánimo de los adultos, pero, sin embargo, se encontró un comportamiento de variables en el cual se observó que aunque no sea estadísticamente, si existe cierta correlación entre el insomnio y es estado de ánimo de los adultos, considerando como estado de ánimo, a la depresión y a la ansiedad.

INTRODUCCION

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se realizó con el fin de estudiar la relación que tiene el insomnio sobre el estado de ánimo de los adultos, ya que se consideró de mucha importancia para el desenvolvimiento de las personas que lo padecen, en cuanto a las relaciones interpersonales y el rendimiento personal de estas.

Fomentar la investigación acerca de este tema es fundamental ya que ha sido poco estudiado, y hay que considerar que el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en nuestra población, ya que solamente en México, este padecimiento asciende al 40% de personas de nuestra sociedad, que padecen este trastorno.

El sueño es un periodo de descanso para el cuerpo y la mente durante el cual las funciones de ambos se suspenden parcialmente y además, se disminuye la sensibilidad a los estímulos externos, la cual se puede reactivar fácilmente. Son cuatro las fases del sueño: 1) somnolencia: en la que hay relajación muscular, la respiración es regular y se hacen pequeñas sacudidas en las piernas y brazos y en ocasiones soñamos que nos caemos, 2) hay una relajación más intensa, ya no hay movimientos del cuerpo y ocasionalmente nos giramos de lado; 3-4) el sueño más profundo recibe el nombre de sueño lento, aquí es en donde se produce el descanso físico y psíquico, en esta fase se perciben los fuertes estímulos acústicos o táctiles para despertarnos.

Existen diferentes trastornos del sueño como son:

- El Insomnio: se caracteriza por la reducción de la capacidad de dormir como consecuencia de factores psicológicos, biológicos y/o ambientales.
- Síndrome de Apnea del Sueño: es una alteración de la respiración que se caracteriza por una interrupción repetitiva y de duración de más de 10 segundos que aparece durante el sueño y que es provocada por una obstrucción de las vías aéreas superiores.
- Narcolepsia: la conforman cuatro síntomas; somnolencia diurna excesiva, cataplexia, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas.
- Síndrome de Kleine-Levin: hay somnolencia diurna excesiva que puede durar varias semanas y desaparece en forma espontánea. Durante los periodos de

somnolencia el paciente puede llegar a dormir hasta 20 horas diarias, este síndrome va acompañado de otros síntomas como: hambre y sed excesivas, inestabilidad, irritabilidad, dificultad de pensamiento, trastornos de memoria, frases incoherentes, alucinaciones, etc.

- Síndrome de Pickwick: es muy parecido a la apnea del sueño, los síntomas característicos de los pacientes que padecen este síndrome son la obesidad, somnolencia y la hipoventilación.
- Trastorno de Conducta Asociado al Sueño MOR: los pacientes presentan movimientos vigorosos o violentos durante el sueño MOR, que suelen ser escenificaciones de los ensueños propios de esta fase en la que normalmente hay atonía muscular.

Habiendo mencionado los diferentes trastornos del sueño que existen es importante mencionar que, en esta investigación, solamente se abarcó el insomnio ya que es el tema principal de esta.

Como ya se señaló anteriormente el insomnio es la incapacidad para conciliar o mantener el sueño durante el tiempo deseado. Hay diferentes tipos de insomnio:

- a) Insomnio Psico-fisiológico: va acompañado de manifestaciones psicósomáticas de ansiedad, lo que incluye una fuerte activación fisiológica, pensamientos distorsionantes e inadecuados sobre el dormir y desarrollo de múltiples pero ineficaces estrategias para dormir
- b) Insomnio Transitorio: aparece como respuesta a un estímulo estresante, por lo tanto cuando el estímulo desaparece o la persona se acostumbra a él, también el insomnio desaparece.
- c) Insomnio Crónico: en su mayoría este tipo de insomnio está relacionado con problemas médicos, psiquiátricos o conductuales.
- d) Pseudo-insomnio: aquí se da una paradoja, mientras los afectados se quejan de graves problemas para conciliar o mantener el sueño, la calidad y cantidad de sueño es normal. De todas maneras al tener la percepción de que no se descansa lo suficiente puede haber problemas a largo plazo en el afectado.

En lo referente a la depresión o estado de ánimo depresivo se abarcó lo siguiente: antecedentes históricos, la teoría psicoanalítica de la depresión, los tipos de depresión, causas de la misma, cual es su prevalencia y diagnóstico en la sociedad, las consecuencias de padecerla y su tratamiento.

El estado de ánimo depresivo es aquel en donde se presentan todos o algunos de los siguientes síntomas: apatía, pérdida de interés en actividades placenteras, disminución del rendimiento en el trabajo o labores de la casa, tenso, irritable, pérdida de apetito, cansancio.

La depresión es un estado de ánimo que va desde grados ligeros de tristeza o infelicidad hasta sentimientos de intenso abatimiento o profunda desesperación.

La clasificación de las depresiones resulta difícil de establecer. El problema consiste en si la depresión forma parte de una escala de gravedad que va de lo normal a lo neurótico y a lo psicótico, o si se trata de trastornos independientes que presentan factores causales específicos. Se hizo una diferenciación entre la depresión endógena, psicótica o vital, y la depresión exógena, psicógena, neurótica o reactiva. Se diagnostica como endógena un cuadro depresivo cuando, además de ser especialmente grave no se encuentra un acontecimiento previo desencadenante. En cambio, las depresiones exógenas parecen estar vinculadas a experiencias vitales del individuo. Con frecuencia, estos cuadros responden favorablemente a cambios verificados en el medio ambiente, tales como la compañía de personas que animen al sujeto, o un cambio de actividades que le distraigan. La etiología de la depresión psicótica tendría su origen en factores genéticos o metabólicos, mientras que la reactiva sería la respuesta neurótica a un estrés externo excesivo.

En la llamada depresión de tipo neurótico existe un elemento de pesimismo que se agrega a la tristeza causada por una pérdida, cuando la depresión alcanza tal intensidad que el sujeto que la experimenta no puede ver las cosas si no en el sentido de su estado de ánimo y no como realmente son.

En cuanto a la ansiedad, no se encontró mucha bibliografía, pero, dentro del marco teórico se puede observar lo referente a los siguientes temas: sintomatología de las personas que padecen ansiedad, los diferentes trastornos de ansiedad y su tratamiento.

La ansiedad, es el aumento de activación, se puede manifestar de diferentes formas como irritabilidad, mala concentración, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora.

Es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados. Es normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de la vida cambiante rápidamente y que requiere una adaptación continua. Los progenitores y maestros al igual que los psiquiatras concuerdan en que la ansiedad "normal" motiva al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. La ansiedad excesiva, no solo hace infeliz al individuo sino que tiene un efecto negativo sobre su funcionamiento.

La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos.

Que la ansiedad sea normal o anormal depende de su intensidad y duración y de las circunstancias que la causan. En el uso común el miedo y la ansiedad se diferencian con frecuencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad el resultado de causas obscuras e irracionales

En el capítulo I, puede observar el Marco Teórico de dicha investigación, en el cual se abarcaron los siguientes temas en lo referente al sueño: los antecedentes históricos, las teorías básicas, la descripción fisiológica y conductual, las fases y las funciones del sueño, los sueños y los trastornos del sueño, y por último su tratamiento.

En el capítulo II, de esta investigación, está la metodología que se utilizó para la realización de esta, en esta parte se encuentran, los objetivos, el planteamiento del problema, las hipótesis, las variables, cual fue el tipo de investigación que se hizo, cual fue nuestra muestra de estudio, cuales fueron los instrumentos que se utilizaron y cual fue el procedimiento que se utilizó.

La muestra es no probabilística y esta conformada por 72 hombres y mujeres de clase media, de un rango de edad que va de 19 a 40 años, que residen en la ciudad de Morelia, Michoacán y que son pacientes de consulta externa del Sanatorio "La Luz" de esta ciudad.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: la Escala de Depresión de Hamilton, Historia Clínica Médica y la Entrevista.

En el capítulo III, están los resultados de esta investigación, tanto los descriptivos como los estadísticos, en esta parte de la investigación puede encontrar las diferentes correlaciones que existen entre el sexo y las variables que son: ánimo depresivo, sentimiento de culpa, suicidio, insomnio, agitación, ansiedad psíquica y ansiedad somática.

En el capítulo IV, puede observar la discusión y las conclusiones de esta investigación.

Por último, se presentan las limitaciones y sugerencias para la realización de esta investigación, así como las referencias y los anexos.

JUSTIFICACION

JUSTIFICACION.

Con dicha investigación se pretende conocer qué relación tiene el insomnio en el estado de ánimo de los adultos con el fin de brindar una mejor calidad de vida a estos.

Dicho tema se considera de gran importancia para la sociedad, ya que el insomnio provoca serios problemas en las personas que lo padecen y estos pueden ser tanto físicos como psicológicos.

También es importante mencionar que ha sido un tema poco investigado siendo que es fundamental para el bienestar del ser humano por lo que es urgente tomarlo en cuenta, ya que además se puede observar que los índices de las personas que sufren de esta patología del sueño van aumentando día con día y no hay una solución cien por ciento eficaz.

Se espera con esta investigación poder brindar mayor información tanto a las personas que sufren de insomnio como a todos aquellos que están interesados y quieran conocer un poco más acerca de este tema, además también se espera servir de apoyo para posteriores investigaciones.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

La importancia de realizar esta investigación es conocer más acerca de lo que es el insomnio, la depresión y la ansiedad y la relación entre ellos.

Como ya se ha observado en otros estudios, el insomnio puede ser consecuencia de la depresión y de la ansiedad, por el contrario, en nuestro estudio, se trató de analizar si el insomnio puede ser causa de la depresión y de la ansiedad o de que manera esta relacionado con el estado de ánimo del adulto.

Cabe mencionar que hay poca investigación sobre el tema por lo que los resultados serán de suma importancia en el campo de la psicología.

OBJETIVOS

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la influencia del insomnio en el estado de ánimo de los adultos.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- a) Conocer que relación existe entre el insomnio y la presencia del estado de ánimo depresivo en los adultos.
- b) Comprobar si existe alguna relación entre el insomnio y la presencia de ansiedad en los adultos.
- c) Lograr que la presente investigación sirva de precursor a posteriores investigaciones sobre el tema dentro de la unidad operativa UVAQ.
- d) Proponer la presente investigación como material de apoyo a conferencistas de la unidad operativa UVAQ.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Contando ya, con los fundamentos teóricos del tema de investigación, así como con sus objetivos y justificación, el planteamiento del problema es el siguiente:

¿Cuál es la influencia del insomnio en el estado de ánimo depresivo en los adultos?

HIPOTESIS.

H01. El insomnio no está relacionado significativamente con el estado de ánimo deprimido en los adultos.

H11. El insomnio está relacionado significativamente con el estado de ánimo deprimido en los adultos.

H02. El insomnio no está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

H12. El insomnio está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

HIPOTESIS

HIPOTESIS.

HO1. El insomnio no está relacionado significativamente con el estado de ánimo depresivo en los adultos.

HI1. El insomnio está relacionado significativamente con el estado de ánimo depresivo en los adultos.

HO2. El insomnio no está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

HI2. El insomnio está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

El sueño es un estado de conciencia "de letargo" siendo definido por la Real Academia Española de la Lengua como el "acto de dormir".

El sueño es un periodo de descanso para el cuerpo y la mente durante el cual las funciones tanto de cuerpo como de la mente se reducen a un nivel de actividad inferior a los estímulos externos.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

El sueño es un estado de conciencia "de letargo" siendo definido por la Real Academia Española de la Lengua como el "acto de dormir".

El sueño es un periodo de descanso para el cuerpo y la mente durante el cual las funciones tanto de cuerpo como de la mente se reducen a un nivel de actividad inferior a los estímulos externos.

El sueño es una necesidad vital para la supervivencia de nuestro organismo. La falta de sueño puede ocasionar problemas de salud tanto física como mental. El sueño es un estado de conciencia "de letargo" siendo definido por la Real Academia Española de la Lengua como el "acto de dormir".

No todos los individuos duermen el mismo tiempo de noche. Fundamentalmente se trata de una necesidad vital para la supervivencia de nuestro organismo. La falta de sueño puede ocasionar problemas de salud tanto física como mental. El sueño es un estado de conciencia "de letargo" siendo definido por la Real Academia Española de la Lengua como el "acto de dormir".

1. EL SUEÑO.

Definición.

El término sueño proviene del latín "somnus", siendo definido por la Real Academia Española de la lengua como el "acto de dormir".

"El sueño es un periodo de descanso para el cuerpo y la mente durante el cual las funciones tanto de cuerpo como de la mente se suspenden parcialmente y se disminuye la sensibilidad a los estímulos externos, la cual se puede reactivar fácilmente".¹

La cantidad necesaria de sueño en el ser humano depende de factores biológicos, conductuales y ambientales; estos factores varían considerablemente de una persona a otra.

El sueño es indispensable y tiene la función de restaurar la efectividad del cuerpo y del cerebro.

El sueño es una actividad necesaria para la supervivencia de nuestro organismo, las causas exactas de porqué necesitamos dormir todavía se desconocen, pero parece ser que principalmente cumple la función de dejar "descansar" nuestro cerebro y cuerpo de la actividad diaria. No se puede vivir mucho tiempo sin dormir, más de tres días sin conciliar el sueño en absoluto puede tener consecuencias desastrosas.

No todos necesitamos dormir el mismo número de horas. Generalmente las personas más jóvenes, aquellas que realizan esfuerzos físicos o psíquicos intensos, así como determinadas características personales, suelen necesitar dormir más. Un niño puede precisar dormir unas 10 horas diarias, un adulto entre 6 y 8 horas, mientras que una persona de edad avanzada puede tener suficiente con 5 o 6. Es muy importante que el sueño sea de calidad y sin fragmentaciones. Cinco horas de sueño profundo y reparador pueden descansar más que ocho horas sufriendo pesadillas o incomodidades. Pero el sueño no supone solamente un mero descanso, sino que sirve también para descargar un buen número de tensiones originadas durante la vigilia, y aquí es donde juega su papel más importante nuestra capacidad de soñar.

¹ STEPHEN, W. (1995) Psicología, fundamentos y aplicaciones, México, Prentice Hall, p. 142.

Dormir y soñar son dos procesos íntimamente unidos, aunque no siempre vayan acompañados. No soñamos durante todo el tiempo que permanecemos dormidos, sino solamente durante algunos períodos concretos llamados fases MOR (movimiento ocular rápido).

1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ESTUDIO DEL SUEÑO.

1.1.1 PERIODO FISIOLÓGICO. ANTIGÜEDAD - SIGLO XII.

Una de las primeras hipótesis sobre el sueño fue planteada en el siglo VI a.C. por Alemeón de Trotona (citado por Buela-Casal y Sierra, 1990), quien consideraba que el sueño era producido por un incremento de sangre en las venas.

Un siglo más tarde, Empédocles de Agrigento (citado por Buela-Casal y col., 1990) proponía las hipótesis térmica (el sueño era provocado por un aumento de temperatura corporal).

Por su parte Hipócrates (citado por Buela-Casal, y col., 1990) relaciona ambas hipótesis al considerar que el sueño era resultado de fluctuaciones vasculares y térmicas.

Sin duda la hipótesis más sofisticada fue la de Hildegard Von Bingen (citado por Buela-Casal, y col., 1990), una monja benedictina del siglo XII: “el hombre tiene dos condiciones la vigilia y el sueño. Por medio de estos estados su cuerpo se nutre mediante el alimento y el descanso”.

1.1.2 PERIODO PRE-CIENTÍFICO. SIGLO XVIII – 1929.

En este periodo se postularon las siguientes hipótesis que presentó Buela-Casal y colaboradores (1990):

Una de las hipótesis (Buela-Casal, y col., 1990); era que la fatiga produce una disminución de oxígeno en el cerebro, que termina provocando el sueño; la fatiga tiene como consecuencia la hinchazón de las neuronas, lo cual produce el sueño.

Otra decía, que el sueño es resultado de una disminución del flujo cerebral que es producido por una retracción de las dendritas neuronales.

Gresinger (citado por Buela-Casal, y col., 1990), fue el primer autor que consideró el sueño como un fenómeno activo y no como un estado pasivo como se había considerado hasta entonces.

1.1.3 PERIODO CIENTÍFICO. A PARTIR DE 1929 – ACTUALIDAD.

El año 1929 fue una fecha clave en la investigación del sueño, puesto que es el año en que Hans Berger (citado por Sierra y col., 1988) sienta las bases del registro de la actividad electroencefalográfica (EEG).

Otra de las aportaciones clave fue la aplicación del EEG al estudio del sueño realizada por Loomis en 1935 y por Moruzzi y Magoun en 1949 (citados por Sierra y col., 1989).

La clasificación de las fases del sueño propuesta por Dement y Kleitman (citados por Sierra y col., 1989), en 1957 (fases I, II, III, IV y sueño MOR).

Y por supuesto la contribución de Rechtschaffen y Kales, quienes en 1968 propusieron las normas de registro polisomnográfico vigentes aún en la actualidad (citados por J.C. Sierra, y col., 1989).²

Recientemente Buela-Casal (1990) propone un modelo según el cual el sueño está determinado por cuatro dimensiones diferentes: tiempo circadiano u hora del día en el que está localizado (¿cuándo duerme el sujeto?), factores intrínsecos del organismo (edad, patrones del sueño, estado fisiológico o necesidad de dormir, ¿cómo duerme?), conductas desarrolladas que facilitan o inhiben el sueño (¿qué hace para dormir?), y por último, el ambiente en el que el sujeto duerme (habitación, temperatura, luz, ruido, etc. ¿dónde duerme?).

² SIERRA y col., (1989). El sueño. México. Manual Moderno. p. 162

1.2 TEORIAS BASICAS SOBRE EL SUEÑO.

a) Teoría Pasiva del Sueño.

La Teoría Pasiva del Sueño según Guyton (1999), en sus inicios postulaba que el sistema activador reticular y otras partes del cerebro simplemente se fatigaban tras un periodo de vigilia diaria y por ello se tornaban inactivos como resultado.

Sin embargo, un importante experimento modificó esta opinión hacia la creencia actual (Guyton, 1999), de que el sueño es causado más probablemente por un proceso inhibitorio activo.

b) Teoría Activa del Sueño.

En la Teoría Activa del Sueño de Guyton (1999), propone que existe algún centro o centros ubicados por debajo del nivel medio de la protuberancia en el tronco encefálico que causan activamente el sueño mediante la inhibición de otras partes del cerebro.

1.3 DESCRIPCION FISIOLÓGICA Y CONDUCTUAL

Según Carlson (1983), el sueño es una conducta. Lo que lo caracteriza es que su imperiosa necesidad obliga a buscar un lugar tranquilo y cómodo donde acostarse y permanecer durante varias horas, sin responder a lo que sucede alrededor.

Durante la vigilia, el electroencefalograma de una persona normal muestra dos patrones básicos de actividad: la actividad alfa y la actividad beta. La actividad alfa consiste en ondas regulares de frecuencia media de 8 a 12 hertz.

El cerebro genera esta actividad cuando una persona descansa tranquilamente, cuando no está alerta ni particularmente alterada, tampoco realizando una actividad mental extenuante. El otro patrón de electroencefalograma de vigilia, la actividad beta, consiste en ondas irregulares, en su mayoría de baja amplitud de 13 a 30 hertz. Esta actividad ocurre cuando una persona está alerta y presta atención a lo que pasa en el entorno o realiza una intensa actividad mental.

La actividad theta (3.5 a 7.5 hertz) es una transición del sueño a la vigilia. Aproximadamente 10 minutos después entra la etapa 2 del sueño. Generalmente, el electroencefalograma es irregular durante esta etapa pero existen periodos de actividad theta, usos del sueño y complejos K. los usos del sueño son pequeñas explosiones de ondas de 12 a 14 hertz que ocurren entre dos y cinco veces por minuto durante las etapas 1 a la 4 del sueño.

Los complejos K son formas ondulantes, súbitas y agudas que, a diferencia de los usos del sueño, pueden presentarse solamente durante la etapa 2 del sueño.

Generalmente ocurren de manera espontánea con una tasa de aproximadamente uno por minuto aunque muchas veces es posible desencadenarlos por medio de ruido.

Aproximadamente 15 minutos después se entra a la etapa 3 del sueño, en la que ocurre una actividad delta de alta amplitud (menos de 3.5 hertz). Lo que distingue a las etapas 3 y 4 aún no es claro; en la etapa 3 se presenta entre un 20 y 50 por ciento de la actividad delta, y en la etapa 4 más del 50 por ciento.

Aproximadamente 90 minutos después de haber iniciado el sueño (y más o menos 45 minutos después del inicio de la etapa 4 del sueño), se observa un cambio drástico en el número de mediciones fisiológicas que se registran en el sujeto. También se observa que los ojos se mueven de un lado a otro con rapidez detrás de los párpados cerrados.

El sueño MOR, es aquel que se caracteriza por los movimientos oculares rápidos, también es conocido como sueño paradójico, por la presencia de la actividad beta, que suele observarse durante la vigilia o la etapa 1 del sueño. El término paradójico simplemente hace referencia a la sorpresa que produce en las personas el observar un fenómeno inesperado, pero debido a los años que han transcurrido desde que fue descubierto por Aserinsky y Kleitman (1995), se ha eliminado el factor sorpresa.

Las etapas 1 a la 4 son conocidas como sueño no MOR. Las etapas 3 y 4, como sueño de ondas lentas, debido a la presencia de actividad delta, la etapa 4 es la más profunda del sueño; sólo los ruidos intensos provocarán que una persona se despierte, y al suceder esto, actuará como si estuviera aturdida y confundida. En cambio, cuando una persona despierta de un sueño MOR parece estar alerta y atento.

Los sueños, del sueño MOR tienden a ser como una narración, ya que existe una progresión de hechos en forma de historia.

Durante el resto de la noche el sueño alterna entre periodos de sueño MOR y no MOR. Cada ciclo dura aproximadamente 90 minutos, contiene picos de 20 a 30 minutos de sueño MOR. Por lo tanto, un sueño de 8 horas contendrá de 4 a 5 periodos de sueño MOR.

La naturaleza cíclica del sueño MOR, parece estar controlada por un "reloj" en el cerebro que también controla el ciclo de actividad que continúa durante la vigilia.

1.4 FASES DEL SUEÑO.

Si observásemos atentamente a una persona desde que se acuesta hasta por ejemplo 2 horas después de quedarse dormida, nos daríamos cuenta que en su organismo se producen una serie de cambios. Por ejemplo, es frecuente (aunque no necesario para dormirse) que al inicio del sueño se den contracciones musculares en las extremidades o en todo el cuerpo. Estas contracciones indicarían que la persona acaba de dormirse. Otro tipo de cambio son los movimientos oculares rápidos que se producen aproximadamente al cabo de 90 minutos del inicio del sueño, signo de que la persona está soñando.

Como hemos comentado anteriormente, algunos de estos cambios fisiológicos fueron tomados en cuenta por Rechtschaffen y Kales (citados por Corbella, 1990) para clasificar el sueño en diferentes etapas. Esta clasificación se realiza a partir del registro de los siguientes parámetros electrofisiológicos.

- Electroencefalograma (EEG): medida de la actividad eléctrica cerebral.
- Electro-oculograma (EOG): medida de los movimientos oculares.
- Electromiograma submentoniano: medida del tono muscular.
- Respiración: medida del flujo de aire inspirado y cantidad de movimiento muscular torácico-abdominal.
- Oximetría: cantidad de oxígeno en sangre.

La distribución estas etapas en el período de sueño no es aleatorio, si no que se ciñe a unas características comunes en la mayoría de individuos sanos, las cuales quedan bien reflejadas en el hipnograma. A continuación comentarán en detalle cuáles son las principales características de las diferentes fases del sueño según Santiago (1980). Ver fig.1

1) Etapa 1 o Somnolencia.

Las personas sienten que se están quedando dormidas y se les puede despertar con facilidad. Es común que tengan sensaciones como de estar flotando, algunas imágenes, pensamientos vagos y fragmentos de sueños. Aparecen ondas rápidas e irregulares de poca amplitud, que se conocen como ondas alfa.

También se presenta una reducción de la tensión muscular y enlentecimiento del ritmo cardiaco. Los ojos comienzan a girar lentamente de lado a lado.

Es la fase de sueño ligero, aquella en la que aún percibimos la mayoría de estímulos que suceden a nuestro alrededor (auditivos y táctiles). El sueño en fase I es poco o nada reparador. En la fase I de sueño la actividad cerebral combina el patrón alfa con el theta de baja amplitud. El tono muscular está disminuido en relación a la vigilia y aparecen movimientos oculares lentos.

2) Etapa 2.

En esta etapa del sueño la relajación ya es más intensa, no se presentan movimientos del cuerpo y ocasionalmente nos volteamos de lado. Esta etapa esta marcada por la aparición de los husos del sueño, las ondas cerebrales de voltaje y frecuencia son medianas.

En esta fase se produce un bloqueo de los 'inputs' sensoriales a nivel de tálamo, es decir, nuestro sistema nervioso bloquea las vías de acceso de la información sensorial. Este bloqueo comporta una desconexión del entorno, lo que facilita la conducta de dormir. El sueño de fase II es parcialmente reparador, lo que sugiere que no es suficiente para descansar completamente. En la fase II de sueño, la actividad cerebral es predominantemente theta, aunque aparecen algunas salvas de ondas delta. Son característicos de esta fase los husos de sueño (salvas de 0.5 a 2 segundos de actividad beta de 12 a 14 ciclos por segundo; en inglés, spindles) y los complejos K (ondas bifásicas de gran amplitud). El tono muscular es menor que en fase I, y desaparecen los movimientos oculares

El sueño de fase II es parcialmente reparador, lo que sugiere que no es suficiente para descansar completamente.

En la fase II de sueño, la actividad cerebral es predominantemente theta, aunque aparecen algunas salvas de ondas delta. Son característicos de esta fase los husos de sueño (salvas de 0.5 a 2 segundos de actividad beta de 12 a 14 ciclos por segundo; en inglés, spindles) y los complejos K (ondas bifásicas de gran amplitud). El tono muscular es menor que en fase I, y desaparecen los movimientos oculares.

3) Etapa 3.

Esta etapa marca la transición de un sueño relativamente ligero hasta el sueño más profundo. Hay periodos con ondas lentas de voltaje muy alto, las cuales son conocidas como ondas delta.

En esta fase se produce un bloqueo de los 'inputs' sensoriales a nivel de tálamo, es decir, nuestro sistema nervioso bloquea las vías de acceso de la información sensorial. Este bloqueo comporta una desconexión del entorno, lo que facilita la conducta de dormir.

4) Etapa 4.

Es el nivel más profundo de sueño; aparecen las ondas delta casi constantemente.

Las etapas 3-4 se conocen con el nombre de sueño lento, aquí se produce el descanso físico y psíquico, es decir, descansan tanto el cuerpo como la mente y de esta manera logran recuperarse de los esfuerzos realizados durante el día. En esta etapa los fuertes estímulos acústicos o táctiles nos pueden despertar.

Este proceso generalmente dura entre sesenta y setenta minutos y después regresamos nuevamente a la etapa 2, a esta situación se le llama fase MOR (movimiento rápido del globo ocular), o REM (rapid eye movement).

Es la fase de mayor profundidad del sueño, en la que la actividad cerebral es más lenta (predominio de actividad delta). Al igual que la fase III, es un período esencial para la restauración física y sobretodo psíquica del organismo (déficits de fase III y IV provocan somnolencia diurna). En esta fase, el tono muscular está muy reducido.

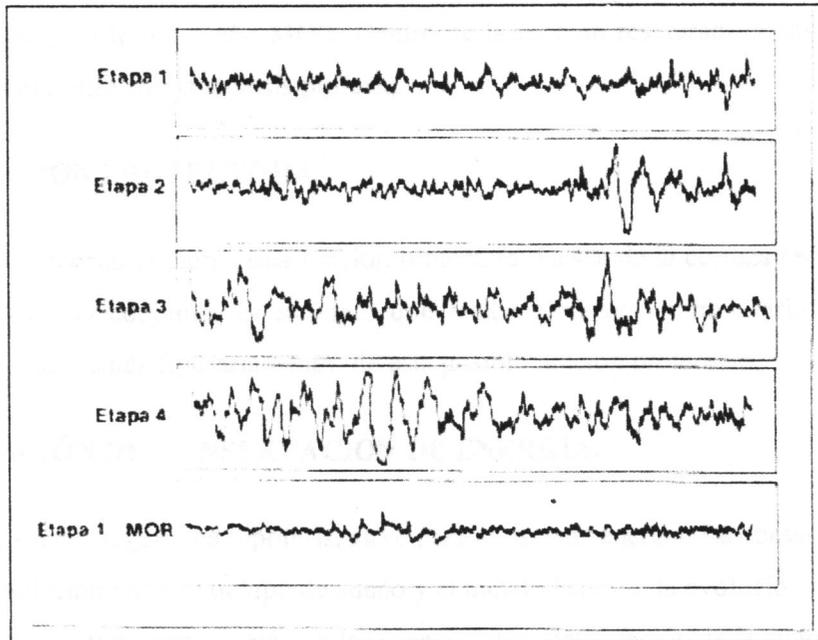
Aunque no es la fase típica de los sueños, en algunas ocasiones pueden aparecer. Los sueños de fase IV son en forma de imágenes, luces, figuras, y nunca en forma de historia. Por último, comentar que la fase IV es la fase en la que se manifiestan alteraciones tan conocidas como el sonambulismo o los terrores nocturnos.

El conjunto de estas cuatro etapas se denomina ciclo y tiene una duración de entre noventa y cien minutos. Estos ciclos se repiten en cuatro o cinco ocasiones durante toda la noche. Durante la primera mitad de la noche pasamos más tiempo en el sueño profundo y en la segunda mitad predominan las etapas MOR y II.

Durante la noche se producen entre 6 y 8 despertares espontáneos y normales, estos pueden ser en las diferentes etapas del sueño.

Fig. # 1

ONDAS CEREBRALES EN LAS ETAPAS DEL SUEÑO



1.5 LAS FUNCIONES DEL SUEÑO.

1.5.1 FUNCIÓN RESTAURADORA.

A continuación se presenta la descripción que hizo Murguía (2002), de las funciones del sueño.

Unas teorías atribuyen al sueño una función restauradora. La mayoría de los investigadores creen que el sueño cumple cierta función restauradora para contrarrestar los efectos del agotamiento y desgaste ocurridos durante la vigilia. El sueño no parece ser necesario para mantener el cuerpo en buenas condiciones (por lo menos el del ser humano), pero si para mantener el cerebro funcionando en forma normal. (Munguía, 2002).

Para algunos el sueño con ondas lentas sería el encargado de la restauración corporal y el sueño MOR de la cerebral.

Una hipótesis más reciente considera que la función primordial del sueño es la restauración cerebral y para esto sirve el llamado "sueño nuclear", que está constituido por los tres primeros ciclos del sueño, que contienen la casi totalidad del sueño con ondas lentas y parte del sueño MOR. Dentro de la función restauradora hay datos que relacionan el sueño con la síntesis proteica.

1.5.2 FUNCIÓN PROTECTORA.

Otras teorías sugieren una función protectora, ya sea de la corteza cerebral o del organismo en su conjunto. El estímulo que recibe el sistema inmunitario durante el sueño de ondas lentas figuraría dentro de esta posible función protectora.

1.5.3 FUNCIÓN DE CONSERVACIÓN DE ENERGÍA.

El sueño, según una hipótesis, sirve para conservar energía. Las bases de aquélla son la correlación entre el tiempo de sueño y el metabolismo, o la evolución paralela del sueño lento y la termorregulación en las especies. La conservación de la energía serviría para compensar el aumento de demanda energética de la homeostasis.

1.5.4 FUNCIÓN ADAPTATIVA.

Solamente en los vertebrados de sangre caliente (mamíferos y aves), hay evidencia inequívoca de que experimentan el sueño MOR con signos electroencefalográficos de desincronización junto con movimientos oculares rápidos.

Algunos investigadores creen que la mejor manera de comprender el sueño es viéndolo como una conducta útil heredada de nuestros ancestros. Webb (citado por Carlson, 1989), sugiere que el sueño podría no tener propiedades restauradoras especiales, sino simplemente ser una conducta que resguarda al animal del peligro cuando no hay nada importante que hacer.

El sueño se concibe por otros como un estado para garantizar la adaptación y la supervivencia. Así, la activación de las funciones corporales durante MOR daría lugar a breves situaciones de alerta periódicas para preparar al animal para el enfrentamiento o la huida, sin perturbar el sueño de forma significativa. Otro aspecto de esta teoría es el valor de la falta de reactividad durante el sueño como forma de adaptación a las

presiones ambientales. Finalmente, dentro de este grupo de teorías, el sueño MOR tendría como función primordial proporcionar un estímulo endógeno periódico al cerebro para que mantenga cierta actividad durante el sueño.

Sin duda, el sueño es una conducta útil. El hecho de que factores del entorno modifiquen el tiempo del sueño sugiere que el sueño no es una respuesta una necesidad fisiológica. Pero, su presencia en todas las especies de mamíferos y aves sugiere que por lo menos una cierta cantidad de sueño es necesaria desde el punto de vista fisiológico.

1.5.5 FUNCIÓN DE MADURACIÓN CEREBRAL.

El sueño, según otro grupo de teorías, está implicado en los procesos de maduración cerebral. La abundancia de sueño MOR en el recién nacido se interpreta como evidencia de su relación con la maduración. En los primeros tiempos de la vida el sueño MOR actuaría como un estímulo interno en sustitución de la vigilia. Otros consideran el sueño MOR como una forma primitiva de sueño, mientras que por otra parte la maduración del sueño se ve como indicativa del estado de maduración cerebral. Finalmente, se ha sugerido que el sueño MOR sirve para el control y adecuación del repertorio de conductas innatas. (Munguía 2002).

1.5.6 FUNCIÓN MOTIVADORA.

Se ha señalado una posible función del sueño en relación con la motivación. Esto se basa en el aumento de excitabilidad que se aprecia en los animales al privarles de sueño MOR y en la mejoría de los pacientes con depresión endógena con el mismo tipo de privación. (Munguía 2002).

1.5.7 EFECTOS DE LA ACTIVIDAD CEREBRAL SOBRE EL SUEÑO.

El sueño de ondas lentas permite que el cerebro descanse y se recupere de la actividad del día, es probable que un aumento en la actividad cerebral provoque un aumento en el sueño de ondas lentas. Esta es, precisamente la forma en que Horne, (1981), interpreta los efectos del aumento en la temperatura corporal.

Primero, las tareas que demandan actividad mental y un estado de alertamiento, en realidad aumentan el metabolismo de la glucosa en el cerebro (Roland, 1984). Los aumentos más importantes son detectados en los lóbulos frontales donde la actividad delta es más intensa durante el sueño de ondas lentas.

Los investigadores que creen que el sueño experimenta una auto-restauración durante el sueño señalan la evidencia que apoya su idea de que existen procesos de restauración al dormir. El hallazgo más importante es el hecho de que ocurra secreción de la hormona del crecimiento durante el sueño poco después de la primera aparición de la actividad delta en el sueño de ondas lentas.

La secreción de la hormona del crecimiento dependiente del sueño es importante, ya que incrementa la capacidad de los aminoácidos, constituyentes de las proteínas, para entrar a las células.

Sin duda, la síntesis de las proteínas es un aspecto importante de la restauración del tejido corporal, ya que estas son relativamente frágiles y deben renovarse y reemplazarse de manera constante.

1.5.8 FUNCIÓN PSICOLÓGICA.

Otra función que se atribuye al sueño es la de servir para la consolidación de la memoria. Esto se ha formulado de diversas maneras. Por un lado, se ha sugerido que, mientras se duerme, se produce el almacenamiento de la memoria a largo plazo. Por otro lado, se ha especulado con una reprogramación de la información durante el sueño. Finalmente, otra teoría, sin apoyo experimental, defiende que durante el sueño tiene lugar un proceso de aprendizaje, basado en una supuesta "limpieza" del cerebro para eliminar conexiones espúreas entre neuronas, con objeto de prescindir del material inútil. (Munguía 2002).

1.6 LOS SUEÑOS.

Según Berger (1969), en promedio, las personas sueñan cerca de dos horas por la noche, aunque la mayor parte de los sueños se olvidan rápidamente.

Los sueños: “son experiencias de sensaciones vividas que se presentan sobre todo durante los periodos MOR”, los sujetos despertados en esos momentos reportan sueños vividos cerca del 80 u 85% del tiempo.³

Durante el sueño lento (SOL), se presentan experiencias menos vividas, que se asemejan a los “pensamientos”. Los sueños en la etapa MOR pueden ser tan reales, que es difícil distinguirlos de la realidad. De hecho, ciertas culturas primitivas consideran que los sueños son experiencias de un mundo que no está a nuestro alcance durante la vigilia. Es probable que los sueños en la etapa MOR sean tan vividos y reales porque están relacionados con el estado de excitación cerebral durante el sueño MOR. Recordemos que el sueño MOR o paradójico, se caracteriza según Koulack y Goodenough (citados por Morris, 1992), por una actividad cerebral muy semejante a la vigilia alerta normal, pero durante el sueño MOR, el cerebro es relativamente insensible a los estímulos sensoriales del exterior. Así pues durante el sueño MOR, el cerebro está alerta y excitado, y los únicos estímulos son imágenes internas de memoria.

Hace mucho tiempo que los sueños y su contenido fascinan a los psicólogos. Freud (citado por Morris, 1992), llamaba a los sueños “camino real hacia el inconsciente”. Pensaba que representaban los deseos insatisfechos en la realidad. A este respecto sugería que son un valioso acercamiento a los motivos que guían el comportamiento de las personas, motivos que no son evidentes de manera consciente. Durante el sueño según Freud, las personas pueden expresar deseos primitivos relativamente libres de control consciente o consideraciones morales.

Recientemente surgió una interpretación neurofisiológica de la naturaleza desconectada e ilógica de muchos sueños. Hobson y McCarley (1982), proponen que los sueños son generados por arranques accidentales de actividad de las células nerviosas. El cerebro, que responde a estos estímulos internos, muchos de los cuales influyen en las células cerebrales utilizadas para la vista y el oído, intenta sintetizarlos o darles sentido recurriendo a la memoria y a otra información almacenada para crear imágenes y escenas que experimentamos como sueños. El cerebro esta suficientemente

³ MORRIS, C. (1992) Psicología: un enfoque nuevo, México, Prentice Hall, p. 151.

excitado como para narrar los acontecimientos, pero no puede hacerlo más que de manera primitiva y concreta.

Crack y Mitchinson (1983) citados por Hobson (1990), mencionan que los sueños son en realidad el esfuerzo que hace el cerebro para liberarse de los pensamientos o asociaciones repetitivas y esta abierto a información nueva.

El hecho de que los sueños sean generados por el cerebro como una forma de limpieza mental o como resultado de un engaño de impulsos nerviosos espontáneos, no necesariamente les resta significado en cuanto a la preocupación psicológica de una persona (Hobson, 1990).

Los sueños también dependen del sexo y edad. Un hallazgo que se repite es que los sueños de las mujeres tienden a desarrollarse en el interior (Brenneis, 1970, Cohen, 1978), citados por Hobson (1990), y los de los hombres son más agresivos.

Los sueños de los niños pequeños se asemejan a su vigilia alerta, pero también es frecuente la presencia de animales atemorizantes. Para los niños es muy difícil diferenciar entre la realidad y los sueños, la intrusión de elementos extraños hacen que sus sueños sean pesadillas.

La mayor parte de los sueños duran aproximadamente lo mismo que los hechos reales. En general, están constituidos por una historia secuencial o por una serie de historias. Los estímulos, tanto internos como externos pueden modificar el sueño pero no pueden iniciarlo.

1.6.1 LA NECESIDAD DE SOÑAR.

Freud (citado por Morris, 1992), sugeriría que los sueños son una válvula de seguridad psíquica porque es una expresión inofensiva de pensamientos que de otra forma nos molestarían y que con frecuencia son transformados en complejos símbolos.

Dement, (citado por Morris, 1992), estudio los efectos de la ausencia de los sueños en personas despertándolas poco antes de que entraran en la fase del sueño

MOR. Descubrió que los que no tenían ese tipo de sueño mostraban ansiedad, tenían sed, hambre y dificultad de concentrarse; incluso sufrían alucinaciones en horas de vigilia. Pero sabemos ahora que algunos sueños ocurren en la etapa de SOL, por lo cual eliminar el sueño MOR no es lo mismo que eliminar todos los sueños. Más aún, en experimentos posteriores, dedicados a la pérdida del sueño MOR, Dement no encontró pruebas de la existencia de cambios nocivos en personas a quienes impidió tener ese tipo de sueño durante 16 días.

Ello no significa que no afecta al hombre en absoluto impedirle iniciar el sueño MOR. A los que se les ha impedido y luego se les permite dormir sin interrupciones, se observa que casi se duplica a la cantidad de ese tipo de sueño. Este fenómeno se denomina rebote MOR. Las personas que muestran señales de soñar de día también tienen menor cantidad de rebote según Cohen, (citado por Morris, 1992). Ello significa que podemos compensar la pérdida de la fantasía de los sueños que caracteriza al sueño MOR en el sueño lento (SOL) en la vigilia según Dement y col. (citado por Morris, 1992).

1.7 TRASTORNOS DEL SUEÑO.

A pesar de que las alteraciones del sueño son tan antiguas como el hombre y constituyen uno de los trastornos más frecuentes en la actualidad, hace relativamente pocos años que se ha empezado a estudiar de forma sistemática que sucede mientras dormimos y por qué ciertas personas tienen dificultades para mantener o conciliar el sueño.

Los principales trastornos del sueño según Bradley y Phillipson (1992), son:

- Síndrome de Apnea del Sueño.
- Narcolepsia.
- Síndrome de Kleine-Levin.
- Síndrome de Pickwick.
- Trastorno de Conducta asociado al Sueño MOR.
- Insomnio.

1.7.1 SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO.

a) Definición y sintomatología clínica.

Según Bradley y Phillipson (1992) es una alteración de la respiración caracterizada por una interrupción repetitiva y de duración de más de 10 segundos de flujo aéreo nasobucal, que aparece durante el sueño y que está provocada por una obstrucción de las vías superiores. El episodio de apnea es aquel en donde se presenta una interrupción del flujo aéreo nasobucal acompañado por esfuerzos respiratorios musculares que no son suficientes para reabrir las vías aéreas superiores. Cada apnea tiene una duración entre 10 y 120 segundos o más siendo más duraderas durante el sueño MOR. Cuando esto sucede continuamente la persona presenta excesiva somnolencia durante el día.

En este síndrome están involucrados factores anatómicos como malformaciones en las vías respiratorias, factores funcionales relacionados con el sueño o falta de control en la respiración y una activación defectuosa de los músculos dilatadores de las vías aéreas superiores (Bradley y Phillipson, 1985; Kuna y Remmers, 1985).

Para hacer el diagnóstico de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, se utiliza el índice de apnea del sueño, que es la suma de apneas (obstrucción total de las vías aéreas superiores) y las hipoapneas (obstrucción parcial) por hora de sueño.

Como consecuencia del SAOS se desarrollan algunos mecanismos patofisiológicos que alteran el funcionamiento cerebral. Las apneas obstructivas del sueño se caracterizan por la estricta relación entre los cambios en las fases y estados del sueño y el patrón de la respiración

Otra de las consecuencias directas de la SAOS son los cambios en los gases sanguíneos durante la noche; la falta de entrada de oxígeno y de la eliminación de CO₂ durante la apnea provoca diferentes grados de hipoxemia e hipercapnia nocturnas.

En el cuadro clínico incluye síntomas diurnos y nocturnos. Entre los diurnos destacan los psicológicos que afectan tanto a los procesos cognitivos como al estado emocional de los pacientes. El más llamativo es la excesiva somnolencia diurna, llegando alguno de los pacientes a no conseguir estar despiertos incluso en situaciones activantes.

Otras manifestaciones son un decremento del rendimiento intelectual, deterioro de la memoria, irritabilidad o depresión y episodios de confusión con conductas automáticas. Así, las tres dimensiones de la conducta humana (Lezak, 1983), los procesos intelectuales, emocionales y las funciones ejecutivas (de control y planificación de la conducta) están afectadas. Todo esto puede causar problemas sociales y profesionales serios, accidentes laborales y de tráfico, y conflictos matrimoniales. Algunos de los pacientes experimentan dolores de cabeza al despertarse.

El síntoma nocturno más relevante es el roncar, a veces muy ruidoso, interrumpido periódicamente por paradas respiratorias. El paciente puede presentar también somniloquio y poliuria nocturna.

Entre los factores agravantes del síndrome destaca de forma especial la ganancia de peso corporal.

Las complicaciones médicas son numerosas y graves, afectando principalmente al sistema cardiovascular, cerebro-vascular y respiratorio, arritmia cardíaca, hipertensión sistémica, la hipertensión pulmonar, infarto cerebral, hipoventilación diurna y, frecuentemente, la muerte súbita durante el sueño.

b) Epidemiología.

Existe una prevalencia del 1 al 10 por 100 de la población general según Lavie, (1983). Esta enfermedad afecta principalmente al sexo masculino en un porción del 9.1, que decrece después de la menopausia. La frecuencia del diagnóstico del síndrome de apnea del sueño aumenta con la edad alcanzando su máximo entre los 40 y los 69 años (Lugaresi, Cirignotta, Montagna y Zucconi, 1988).

c) Clasificación.

A partir de diferentes estudios se pueden distinguir tres diferentes tipos de apneas del sueño: obstructiva, central y mixta.

La obstructiva o de las vías respiratorias superiores se caracteriza por la parada de flujo aéreo, a pesar del esfuerzo respiratorio persistente.

La apnea central se caracteriza por un cese del flujo nasobucal acompañado de una falta de movimientos respiratorios de los músculos torácicos y abdominales a consecuencia de la pérdida del esfuerzo respiratorio; este tipo de apnea del sueño es más característica en los pacientes que tiene algún tipo de patología cerebral grave.

La apnea del sueño mixta empieza como una apnea central y termina como una apnea obstructiva.

1.7.2 NARCOLEPSIA.

a) Definición y sintomatología clínica.

Es un trastorno del sueño que se caracteriza porque la persona sufre de ataques de sueño repentinos e irresistibles durante las horas que normalmente se está despierto. Los ataques de sueño aparecen en situaciones monótonas y de baja estimulación.

Cuando el problema es más fuerte los ataques de sueño pueden aparecer aún estando en alguna situación estimulante.

Algunas formas de narcolepsia son parecidas al sueño MOR, es decir, el tono muscular y experimente imágenes vívidas y emotivamente fuertes, mientras está dormida.

La somnolencia constituye una característica incapacitante ya que da lugar a que la persona tenga periodos de sueño diurnos que se pueden prevenir mediante un esfuerzo voluntario. Estos ataques de sueño se producen en momentos inapropiados,

siendo más frecuentes en situaciones que producen somnolencia; su duración varía entre 10 y 15 minutos.

La segunda característica importante es la cataplexia, que aparece una vez que están bien establecidos los ataques de sueño. Consiste en una disminución o pérdida del tono muscular, permaneciendo la persona consciente, la pérdida puede ser generalizada o limitarse a un determinado grupo de músculos, esto generalmente se desencadena por emociones intensas como la ira, llanto, etc., su duración es de unos pocos segundos. Aproximadamente dos tercios de los pacientes narcolépticos presentan algún episodio de cataplexia. (Disdier y Genton 1994).

La tercera característica importante es la parálisis del sueño que tiene lugar al quedarse dormido o al despertar; durante este periodo el sujeto experimenta la sensación de no poder mover ningún músculo. Estos episodios tienen una duración variable, desde pocos segundos a varios minutos, terminando con un movimiento vigoroso de los ojos al ser tocado.

La última de las características fundamentales es que en algunas de las personas que presentan este problema al estar medio dormidos experimentan alucinaciones visuales o auditivas, vívidas o terroríficas, que generalmente coinciden con las parálisis del sueño (Nicholson y Marks, 1983) la parálisis del sueño y las alucinaciones se presentan aproximadamente en una cuarta parte de los pacientes con narcolepsia.

b) Epidemiología.

La narcolepsia generalmente comienza en la adolescencia con la aparición de la hipersomnolencia, apareciendo después el resto de los síntomas. Conforme se va incrementando la edad, los pacientes narcolépticos muestran una disminución de la eficiencia del sueño nocturno y un incremento de la somnolencia diurna (Navarro, 1990). Una vez iniciado el trastorno se mantiene durante toda la vida.

c) Etiología.

Existen tres hipótesis explicativas diferentes: inmunológicas, neuroquímicas y neuropatológicas.

Algunos estudios han puesto de manifiesto la existencia de algún componente genético en la narcolepsia. No obstante, la discordancia encontrada entre gemelos monocigóticos pone de manifiesto la implicación de ciertos factores ambientales (Aldrich, 1993).

Nishino, Fruhtorfer, Arrigoni (1993) apoyan la hipótesis de que la narcolepsia consiste en una alteración de la regulación del sueño MOR.

Otra de las hipótesis planteadas para explicar la etiología de la narcolepsia considera que este trastorno está asociado a diferentes alteraciones neuropatológicas de regiones cerebrales relacionadas con el sueño.

d) Características del sueño nocturno en el paciente narcoléptico.

La característica más importante del patrón del sueño de un paciente narcoléptico es que el sueño MOR presenta una latencia inferior a los 20 minutos, esto quiere decir que el sueño de estos pacientes se inicia en la fase MOR. La aparición de un periodo MOR en los primeros 10 minutos del sueño se suele considerar habitualmente como un signo de narcolepsia, esto también se puede observar al principio del sueño diurno.

También se puede observar un incremento de la fase I y una disminución de las fases III y IV, un incremento del número de despertares durante la noche, una fragmentación de los periodos MOR y movimientos periódicos durante el sueño (Reimao, 1990).

1.7.3 SÍNDROME DE KLEINE-LEVIN.

a) Definición y sintomatología clínica.

Según Billiard (1990) se caracteriza por una somnolencia diurna excesiva que puede durar varias semanas y que desaparece en forma espontánea. Cuando se presenta la fase de somnolencia la persona que padece este síndrome puede dormir hasta veinte horas diarias, también presentan como características mucha hambre y sed, excesiva irritación, inestabilidad, dificultad de pensamiento, trastornos de la memoria, frases incoherentes, alucinaciones, etc.

Este síndrome puede aparecer de manera abrupta o gradual, en la cual el sueño puede ser tranquilo o agitado y se puede presentar una actividad onírica importante. En algunos casos, especialmente en los varones se puede presentar una actividad sexual exagerada que se caracteriza por proposiciones amorosas dirigidas a ambos sexos o masturbaciones en público.

Los síntomas desaparecen después de unos días en algunas ocasiones acompañado de un episodio de insomnio, comportamiento maniaco o un cuadro depresivo con ideas de suicidio. El periodo asintomático es variable pudiendo ir desde unos días hasta meses, durante este tiempo la vigilancia y el comportamiento del individuo suele ser normal; aunque en algunos estudios sugieren un deterioro persistente de la personalidad, las conductas y las funciones cognitivas de las personas que lo padecen (Colmes, 1992).

“Es muy importante saber diferenciar este Síndrome de otras hipersomnias recurrentes de carácter secundario provocadas por lesiones del sistema nerviosos central o asociadas a ciertos trastornos psiquiátricos, como el caso de la depresión”.⁴

⁴ BELLOCH, A. (1996) Manual de psicopatología, México, Mc Graw Hill, p. 392.

b) Epidemiología.

El síndrome de Kleine-Levin no es muy frecuente, y afecta en mayor proporción a hombres que a mujeres.

Normalmente aparece durante la adolescencia, alrededor de los quince años en el sexo masculino y a los veinte en el femenino; generalmente desaparece a los treinta o cuarenta años. Aunque su etiología es más bien desconocida, en un 50% de los casos se han encontrado, días antes a la aparición del primer episodio de hipersomnias, procesos gripales o infecciones en las vías aéreas superiores.

c) Etiología.

La etiología del síndrome de Kleine-Levin es todavía poco conocida. Para explicar su sintomatología se han planteado hipótesis que implican al sistema límbico. De esta manera el incremento total del sueño podría estar asociado a la afección de las áreas hipotalámicas laterales, la megafagia a una activación del hipotálamo lateral o una inhibición del hipotálamo ventro-medial, y la desinhibición sexual podría estar relacionada con la activación del hipotálamo anterior, la parte medial del área pre-óptica y el núcleo antero-medial o una inhibición de los núcleos amigdalinos (Billiard, 1990). Esta hipótesis se fundamenta en que en muchos casos el primer episodio del trastorno va acompañado de cuadros febriles, siendo conocido el hecho de que una descarga térmica moderada en la región pre-óptica del hipotálamo anterior favorece el sueño. En exámenes realizados en cadáveres de pacientes que tuvieron este padecimiento se han demostrado ciertas alteraciones en estas zonas (Carpenter, Yassa y Ochs, 1992).

También se ha descubierto en estos pacientes que durante los periodos asintomáticos, se producen ciertos cambios hormonales que indican una reducción en la actividad dopaminérgica en el hipotálamo (Chesson, Levine, Kong y Lee, 1991).

Recientemente, Fenzi, Simonati, Crosato, Ghersini y Hirsuto (1993), sugieren que ciertas encefalitis localizadas pueden ser subyacentes a este síndrome.

Otros autores intentan establecer una relación entre el síndrome de Kleine-Levin y las depresiones bipolares recurrentes, basándose en la brusca transición de un episodio de hipersomnia a un estado transitorio maniaco o depresivo, ya que dicen es comparable con los cambios de humor que caracterizan a las depresiones bipolares; además se establece un paralelismo en la estructura del sueño de sujetos que padecen del síndrome de Kleine-Levin y pacientes depresivos, como es; la reducción de la latencia del sueño MOR, despertares nocturnos y la disminución de las fases III y IV (Reynolds, 1980), y se ha demostrado una respuesta terapéutica positiva al litio (Lemire, 1993).

En conclusión según Espinar, Dolado, García, Gálvez y Argudo (1995), la sintomatología psiquiátrica y las alteraciones neurofisiológicas que se presentan en este síndrome los acercan a los trastornos afectivos, mientras que los antecedentes patológicos y los factores desencadenantes lo vinculan a la patología neurológica, de todo esto se sugiere que es un trastorno mesencéfalo-hipotálamo-límbico.

1.7.4 SÍNDROME DE PICKWICK.

a) Definición y sintomatología clínica.

En los pacientes que tienen este padecimiento se puede observar que se caracterizan por la obesidad, somnolencia, la hipoventilación y la electrolisis. Este síndrome es raro y se dificulta diferenciarlo de la apnea del sueño.

Chiang (1994), plantea que los sujetos que padecen el síndrome de Pickwick son pacientes muy obesos, somnolientos, hipoventilados, y con pulmones y cambios de fuerza respiratorios normales.

La sintomatología de estos pacientes es que tienen una capacidad pulmonar disminuida, una ventilación desigual y el PH y los gases de la sangre arterial modificados, todas estas alteraciones son reversibles, pues al reducir el peso corporal estos parámetros recuperan su normalidad. La reducción en la capacidad funcional respiratoria puede deberse a un estrechamiento o colapso de las unidades alveolares, la disminución de la capacidad funcional torácica. La disminución de la capacidad

funcional y el aumento de la resistencia provocaría un incremento del trabajo respiratorio, que en ciertos niveles de obesidad se hace excesivo (Chiang, 1996).

Es importante mencionar que no se ha encontrado mucha información acerca de este síndrome, ya que ha sido poco estudiado e investigado, y su prevalencia es muy baja, aunque es muy parecido a la apnea del sueño.

1.7.5 TRASTORNO DE CONDUCTA ASOCIADO AL SUEÑO MOR.

a) Definición y sintomatología clínica.

Según Schenck, Bundlie y Mahowald (1985), los pacientes que padecen de este trastorno presentan movimientos vigorosos o violentos durante el sueño MOR, estos suelen representar escenificaciones de los ensueños propios de esta fase, periodo en el que se presenta atonía muscular.

Estos episodios normalmente se producen una vez a la semana, aunque en algunos casos puede presentarse varias veces en la noche durante varios días seguidos (Díaz, Salas y Díaz-Gómez, 1994; Reimao, 1994).

La mayoría de estos pacientes suelen mostrar espasmos aperiódicos y movimientos simples de todas las extremidades durante cualquier fase del sueño no paradójico. Aunque la alternancia del sueño MOR y NMOR suele ser normal se observa con frecuencia un incremento del sueño de ondas lentas (Navarro y Buela-Casal, 1997).

Tal como lo plantean Mahowald y Schenck (1990), es de suma importancia diferenciar este trastorno de otras patologías que pueden presentar características este trastorno, como los ataques epilépticos nocturnos, pesadillas, sonambulismo, apnea obstructiva del sueño, movimientos periódicos del sueño, trastorno por estrés postraumático y estados disociativos psicogénicos.

b) Epidemiología.

Aunque no existen datos concluyentes acerca de la incidencia de este trastorno, en la mayoría de los casos de sujetos que han presentado este trastorno tienen su inicio en la sexta o séptima década de su vida, siendo más frecuente en varones que en mujeres (Schenck, Bundlie, Smith, 1990).

c) Etiología.

Según Navarro (1993), el origen de este trastorno está asociado a una alteración de sustratos neuronales tronco-encefálicos. Sin embargo, la evaluación neurológica de estos pacientes no suele mostrar alteraciones neuropatológicas, por lo que se supone que este trastorno podría ser resultado de un descenso en la actividad de poblaciones serotoninérgicas o noradrenérgicas que son las responsables de la inhibición de las fases del sueño.

En algunos casos, este trastorno, también se ha encontrado relacionado con la esclerosis múltiple (Schenck, 1988), enfermedad de Parkinson (Silver y Ahlskog, 1995) y a tumores cerebrales tronco-encefálicos (Mahowald y Schenck, 1990), así como en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos (Schenck y Mahowald, 1991).

1.7.6 EL INSOMNIO.

a) Definición.

“Es un trastorno cuya característica principal es la reducción de la capacidad de dormir como consecuencia de factores psicológicos, biológicos y/o ambientales”.⁵

El insomnio tiene varias causas, las cuales pueden concurrir en un mismo paciente, como enfermedades orgánicas, medicamentos, desórdenes psiquiátricos e higiene del sueño deficiente.

⁵ BUELA-CASAL. (1990) Los trastornos del sueño, México, Mc Graw Hill, p. 387.

Es importante entender que el insomnio es el trastorno de sueño más frecuente. Toca alrededor de una cuarta parte de la población adulta, siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, y un tanto más en los ancianos.

En ancianos, el insomnio es frecuente, complejo y a veces difícil de resolver debido a que normalmente los parámetros fisiológicos del sueño cambian al envejecer. En la valoración inicial es útil considerar algunas características que predicen insomnio en ancianos: consumo de medicamentos, tabaquismo y ninguna práctica de ejercicio.

1.8 TIPOS DE INSOMNIO.

Hay distintos tipos de insomnio según Sierra i Grabulosa (2000):

- Insomnio Pseudofisiológico
- Insomnio Transitorio
- Insomnio Crónico
- Pseudoinsomnio

a) Insomnio Pseudofisiológico.

Este tipo de insomnio va acompañado de manifestaciones psicósomáticas de ansiedad, lo que incluye una fuerte activación fisiológica, pensamientos distorsionantes e inadecuados sobre el dormir y el desarrollo de múltiples pero ineficaces estrategias para dormir.

La ineficacia de estas estrategias potencia aún más los problemas para conciliar el sueño. Debido a esto puede suceder que con el tiempo las personas lleguen a desarrollar miedo a la llegada del momento de ir a dormir.

1) Características.

- a) El insomnio se acompaña de una disminución del rendimiento cognitivo durante el día.

b) Los factores que condicionan las dificultades en el sueño son:

- Psicológicos: rumiaciones, estrategias para intentar dormir.
- Ambientales: la propia habitación, ya que en otro ambiente, por ejemplo en un hotel, suelen dormir mejor.

c) La tensión se somatiza: agitación, aumento de tensión muscular, incremento de vasoconstricción, etc.

d) Objetivamente la polisomnografía muestra:

- Incremento de la latencia del sueño.
- Disminución en la eficiencia del sueño.
- Incremento en el número de despertares y en la duración de los despertares.

b) Insomnio Transitorio.

Es aquel que aparece como respuesta aun estímulo estresante, por lo tanto, cuando el estímulo estresante desaparece o la persona se acostumbra a él, el insomnio también desaparece.

Existen numerosos factores que pueden provocar este insomnio, entre los que destacan las alteraciones ambientales, los cambios horarios y las crisis emocionales agudas.

1) Características.

a) La queja es una reacción temporal asociada a un estímulo estresante identificable.

b) La alteración desaparece cuando la situación estresante deja de actuar o bien el individuo se habitúa.

c) Se presenta al menos una de las siguientes características:

- Fatiga, letargia o cansancio.
- Gran cantidad de tiempo pasado en la cama.

- Ansiedad, irritabilidad.
- Síntomas somáticos como dolor, escozor en los ojos o dolores de cabeza.
- Reacciones emocionales de tristeza o depresión.
-

d) Objetivamente, la polisomnografía nocturna muestra un incremento de la latencia del sueño, una reducción de la eficiencia del sueño y un incremento en la duración de los despertares.

c) Insomnio Crónico.

La mayor parte de los insomnios crónicos están asociados con problemas médicos, psiquiátricos o conductuales, pero también hay quien los padece en ausencia de una patología, aunque la etiología de este tipo de insomnio no está lo suficientemente clara, podría ser consecuencia de la necesidad de más horas de sueño, en un patrón de sueño diferente, o bien de trastornos del sueño no detectado.

El dolor es una de las causas médicas más frecuentes de insomnio crónico.

El insomnio crónico también puede estar relacionado con trastornos de personalidad, el cual suele ir acompañado de ansiedad, fobias, etc.

Durante los procesos de tolerancia y abstinencia a fármacos depresores del sistema nervioso central, se suelen producir despertares nocturnos acompañados de una dificultad para conciliar el sueño.

Por otro lado, se sabe que estos fármacos modifican la arquitectura del sueño, lo cual repercute en su calidad; la suspensión del tratamiento suele ir acompañada de la reaparición de los síntomas de ansiedad e insomnio previos al tratamiento, fenómeno conocido con el nombre de insomnio de rebote. Así mismo el consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol provoca alteraciones en la organización del sueño (disminución en las fases de sueño MOR y frecuentes interrupciones del sueño).

Por otro lado, el consumo continuado de estímulos va acompañado de un incremento en la latencia de sueño y de una disminución del tiempo total de sueño (Buela-Casal, 1990).

d) Pseudoinsomnio.

Es aquel en el que los pacientes se quejan de tener graves problemas para conciliar o mantener el sueño y en realidad la calidad y cantidad de sueño es normal. El problema es que al tener una percepción de mal descanso se pueden generar problemas a largo plazo en el afectado, ya que para solucionar su aparente problema puede recurrir al uso de hipnóticos durante largos periodos de tiempo.

1) Características.

Queja de insomnio aunque la polisomnografía muestra normalidad en los siguientes parámetros de su

- Latencia
- Duración del sueño
- Número de despertares

1.9 CAUSAS DEL INSOMNIO.

El insomnio tiene varias causas, las cuales pueden concurrir en un mismo paciente, como enfermedades orgánicas, medicamentos, desórdenes psiquiátricos e higiene del sueño deficiente.

Al respecto, la bibliografía actual señala que el insomnio se relaciona más estrechamente con factores psicológicos (depresión, neurosis, ansiedad) que con hábitos de vida o indicadores de salud (ingesta de medicamentos), y esto tiene consecuencias cuando se elige el tratamiento.

Las enfermedades crónicas con tendencia a empeorar causan insomnio, como insuficiencia cardiaca, prostatismo, cáncer, fármaco-dependencia o depresión por lo que deben valorarse y recibir tratamiento apropiado.

1.10 PREVALENCIA.

En el mundo, 30 por ciento de la población padece o padecerá en cualquier momento de su vida algún trastorno relacionado con el sueño, y sólo en México el índice asciende a 40 por ciento, informó la Academia Mexicana de Trastornos del Sueño (ver figura 2).

Según Carapia (2002), estudios realizados en Europa y Estados Unidos muestran que aproximadamente un 5% de la población adulta padece insomnio, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres, y produciéndose un incremento significativo al aumentar la edad, hasta llegar a un 20 % en la tercera edad. Toca alrededor de una cuarta parte de la población adulta, siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, y un tanto más en los ancianos (ver figura 2 y 3).

En ancianos, el insomnio es frecuente, complejo y a veces difícil de resolver debido a que normalmente los parámetros fisiológicos del sueño cambian al envejecer.

En la valoración inicial es útil considerar algunas características que predicen insomnio en ancianos: consumo de medicamentos, tabaquismo y ninguna práctica de ejercicio.

Las personas que padecen insomnio tienen la sensación de que su sueño es impredecible e incontrolable, además tienen signos de ansiedad, depresión o neurosis. La ansiedad y la depresión se relacionan positivamente con el insomnio y negativamente con la duración del sueño.

Al anunciar la Campaña en Pro del Buen Dormir que se llevó a cabo en México, Salín, (citado por Carapia, 2002), presidente de la academia, añadió que las personas que duermen menos de seis horas al día están más propensas a morir más rápido. El promedio de horas para dormir es de siete y media; hay quienes con siete o incluso con seis se sienten descansados, pero hay otros que ni durmiendo todo el día se despiertan.

Salín Pascual (2002), señaló con el lema "Abre tus ojos al sueño" que tiene como objetivo contribuir a desarrollar una cultura a favor del buen dormir y concientizar a la población sobre las consecuencias físicas, mentales, sociales y

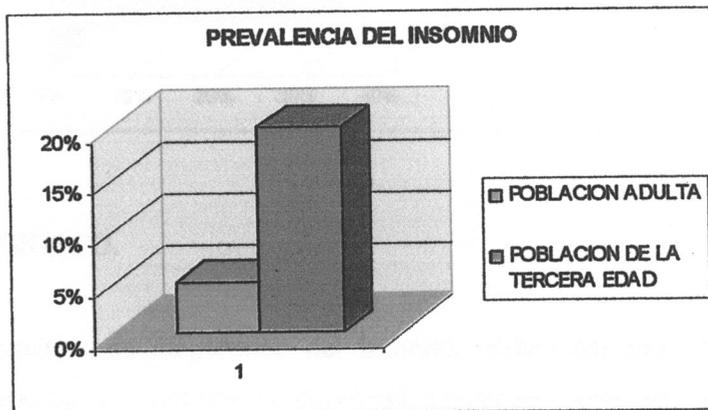
laborales del insomnio. Ya que el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en la población.

Así mismo, Salín Pascual (2002), pretende que se “considere al insomnio como un problema de salud pública, pese a que en México no existen estadísticas al respecto e incluso en las escuelas de medicina tampoco se tiene una materia relacionada con los trastornos del sueño, como en otros países”.⁶

Fig. # 2

PREVALENCIA DEL INSOMNIO EN LOS ADULTOS

Europa y Estados Unidos

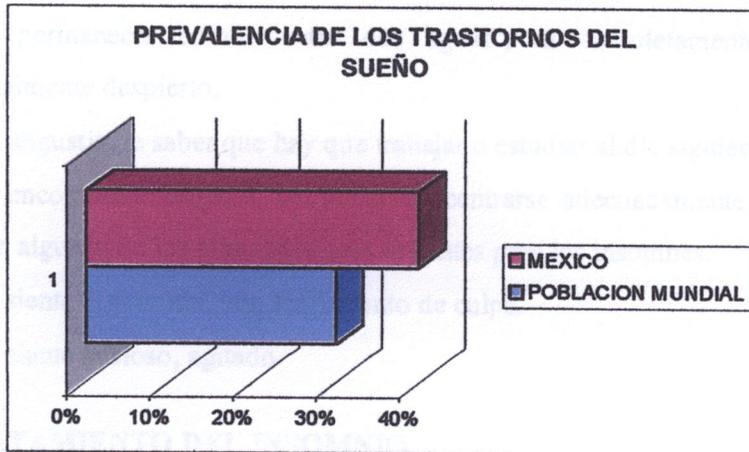


⁶ SALIN, P. (2002). Dr. Insomnio. México. Internet. http://www.dr_insomnio.com

Fig. #3

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

México y la Población Mundial



1.11 DIAGNOSTICO.

Los criterios de diagnóstico del insomnio deben constituir un conjunto de parámetros (fisiológicos, motores y cognitivos), a tener en cuenta pero nunca utilizando como referencia valores absolutos (Buela-Casal, 1990), estos son:

- a) Que la latencia del sueño sea superior a 30 minutos.
- b) Que el tiempo total de vigiliass nocturnas sea superior a 30 minutos.
- c) Que el tiempo total de sueño por noche sea inferior a 6 horas y media.
- d) Tener somnolencia diurna y decremento del rendimiento.
- e) Los síntomas deben presentarse tres o más veces por semana.
- f) La duración de la sintomatología debe ser superior a un mes.

1.12 CONSECUENCIAS DEL INSOMNIO.

Afecta tanto el aspecto físico como el mental de una persona. Pero, más que las consecuencias posibles en el ámbito físico es particularmente muy molesto y causa gran incomodidad a quien lo padece.

- No sabe como va a pasar la noche.
- Si se podrá dormir.
- El permanecer como “entre dos aguas”, ni completamente dormido, ni totalmente despierto.
- La angustia de saber que hay que trabajar o estudiar al día siguiente.
- El encontrarse fatigado, sin poder concentrarse adecuadamente durante el día, son algunos de los elementos más irritantes para los insomnes.
- Se siente deprimido, con sentimiento de culpa.
- Se siente ansioso, agitado.

1.13 TRATAMIENTO DEL INSOMNIO.

1.13.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Para tratar el insomnio generalmente se utilizan los hipnóticos, pero, el uso de estos medicamentos puede ocasionar grandes desventajas.

Podemos resumir que las desventajas en el uso de hipnóticos como tratamiento para el insomnio son las siguientes:

1. No son eficaces en el tratamiento para el insomnio a largo plazo; por ejemplo, el triazolam y el flurazepam promueven el dormir eficazmente sólo durante un mes, y las demás drogas hipnóticas no más de 15 días.
2. En la mayoría de los casos, el tratamiento farmacológico es indiscriminado y no racional, ya que ataca las quejas del insomnio sin alterar sus causas. Esto produce un enmascaramiento de síntomas, lo obstruye la realización de un buen diagnóstico y, por tanto, un tratamiento adecuado.

3. El uso sostenido de hipnóticos puede traer consigo la aparición de efectos secundarios y colaterales peligrosos para la salud, tales como la toxicidad por sobredosis; reacciones adversas en pacientes con insuficiencia renal, hepática o respiratoria; y durante el día, alteraciones de la coordinación psicomotora (ataxia), de la actividad cognitiva (amnesia), y del estado de ánimo. También incrementa la probabilidad de malformaciones genéticas cuando son consumidos por mujeres embarazadas, y si el consumo es prolongado, puede provocar adicción en el bebé que al nacer podrá sufrir los efectos: irritabilidad, insomnio, temblor e hiperactividad.
4. Los fármacos hipnóticos producen adicción.
5. Los hipnóticos pueden causar insomnio de rebote por tolerancia o por discontinuación súbita de su ingestión; incluso pueden provocar sueños sin descanso y con pesadillas debido al hiperfuncionamiento del dormir MOR.
6. No producen un dormir normal, sino un dormir con arquitectura completamente alterada.
7. El uso de hipnóticos impide el desarrollo de estrategias de autorregulación (no farmacológicas), las cuales pueden tener una mayor efectividad a largo plazo en el manejo de este desorden (Ribordy y Denny, 1977; Nicassio y Buchanan, 1981), citados por Heaney (2001).

La necesidad de datos confiables acerca de la efectividad, tolerancia, efectos colaterales, etc., de las drogas hipnóticas se ve complicada por el hecho de que la mayoría de las investigaciones sobre estos temas están financiadas por compañías farmacéuticas, que claro está, tienen interés comercial en la manera como se interpretan los datos (Solomon et al., 1979).

El grupo de investigadores del dormir que encabeza Kales (1990), de la Universidad Estatal de Pensilvania, recomienda que en caso de escogerse el tratamiento farmacológico como alternativa, debe usarse el flurazepam únicamente y durante un tiempo limitado, además de que debe evitarse a toda costa el uso de barbitúricos. Se recomienda el uso de medicamentos hipnóticos en personas que presentan insomnio transitorio o situacional, ya que su uso puede prevenir el desarrollo del insomnio

crónico producido por condicionamiento negativo o alguna otra variable. Además se le debe informar la paciente que la prescripción del medicamento será sólo por unos días y que no se incrementará la dosis.

También se le debe advertir que cuando el medicamento se le retire, podría experimentar una ligera recaída.

Lacks, (1997), citado por Pérez (1998), de la Universidad de Washington, en St. Louis, afirma que la principal desventaja del tratamiento farmacológico del insomnio es que impide al paciente el desarrollo de sus propias habilidades personales para quedarse dormido. El medicamento hipnótico "le confirma" al paciente que ha perdido estas habilidades y que necesita de un agente externo para caer en ese estado natural de conciencia. Hauri (1991) citado por Pérez (1998), dice que el dormir obtenido por medio de hipnóticos es como el dinero obtenido en un banco, y tarde o temprano se tiene que regresar y en ocasiones con interés. Así, el dormir farmacológicamente obtenido es "regresado" después con el llamado efecto de rebote ya mencionado. Este investigador afirma que sólo hay tres situaciones en las que se justifica la prescripción (y sólo por unos días) de fármacos hipnóticos:

1. El paciente está pasando por una crisis aguda (emocional o física) que no puede mejorar sin píldoras para dormir.
2. El paciente sufre insomnio crónico serio no tratado, que presenta los efectos de la privación del dormir acumulada durante meses o, incluso en algunos casos, años.
3. Es la 1:00 o 2:00 a.m. y la persona no logra dormir y está muy preocupada porque en la mañana siguiente tiene un compromiso en el que necesita estar totalmente alerta y lúcido.

1.13.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.

“Son todas aquellas estrategias terapéuticas utilizadas para combatir el insomnio que se abstienen de utilizar cualquier sustancia o fármaco con la capacidad de alterar el proceso de dormir, la mayoría son estrategias de autorregulación; en las cuales su objetivo esta encaminado a que los pacientes puedan regular por si mismos sus

problemas del dormir, haciendo con esto que los efectos terapéuticos sean más duraderos y que el paciente no dependa de ningún fármaco para poder iniciar y mantener el dormir”.⁷

Estas técnicas se clasifican en:

- a. De condicionamiento
- b. De relajación
- c. Cognitivas
- d. Otras técnicas

El uso de estas técnicas son de reciente creación, su uso actual es muy restringido y su utilidad apenas se empieza a difundir y a conocer. (Morin, 1990).

a) Técnicas de Condicionamiento.

Terapia de control de estímulos.

“Es un tratamiento conductual para el insomnio que se desarrolló en la década pasada. Dentro de este modelo de condicionamiento, los estímulos como la cama y la recámara adquieren un control discriminativo sobre el inicio del dormir a través de repetidas asociaciones”.⁸

En pacientes que padecen insomnio se supone que estos estímulos discriminativos evocan conductas y eventos psicológicos y fisiológicos incompatibles con el inicio del dormir. El procedimiento terapéutico consiste en implementar en los sujetos insomnes los siguientes hábitos:

⁷ MORIN, C. (2001). Psicología conductual. México. Internet.
<http://www.apicsa.com/revist/vol2n3es.html>

⁸ ESCOBAR F. (2000). Tratamiento no farmacológico del insomnio crónico. Colombia. Internet.
<http://www.geocities.com/feescob/manejono.html>

- a. Ir a la cama solo cuando tenga ganas de dormir.
- b. Si es incapaz de quedarse dormido en 10 minutos, levantarse y hacer cualquier cosa y volverse a la cama solo cuando sienta ganas de dormir, repetido este paso cuantas veces sea necesario.
- c. No leer, ni ver televisión, ni ingerir alimentos, etc. en la cama. Sólo usar la cama para dormir y/o tener relaciones sexuales.
- d. Levantarse todos los días (incluyendo los fines de semana) a la misma hora, independientemente de la cantidad de horas dormidas.
- e. No tomar siestas.

Esta técnica ha resultado efectiva en reducir de un 50% a un 70% el tiempo que los pacientes tardan en quedarse dormidos (Turnes y Ascher, 1979; Zwart y Lisman, 1979), citado por Escobar (2000).

Restricción del tiempo en la cama.

Es una técnica encaminada al tratamiento del insomnio. Esta técnica fue recientemente desarrollada por Spielman (1995), citado por Escobar (2000). Los investigadores afirman que uno de los principales factores que causan el insomnio es el excesivo tiempo que pasan los pacientes acostados en la cama sin dormir. Con base a esto los autores diseñaron la técnica de restricción del tiempo en la cama, que consiste en lo siguiente:

1. Obtención de información sobre los hábitos del dormir: esto se realiza a través de cuestionarios y reportes en donde el paciente informa diariamente la hora en que se retira a dormir, la hora en que se levanta y la cantidad de tiempo que considera haber dormido; incluso si se tienen recursos, se puede realizar simultáneamente un estudio polisomnográfico para conocer la latencia y eficacia del dormir y comparar los resultados de la estimación subjetiva de los pacientes, aunque con el auto-reporte de la persona es suficiente.

2. Establecimiento del tiempo que se le permitirá al paciente estar acostado: la información obtenida durante las dos primeras semanas de registro se toma como línea base para reducir el tiempo en la cama, al número de horas promedio que el paciente en realidad duerme.
3. Inicio del tratamiento: se establecen los cambios en el horario prescrito. Los cambios del tiempo en la cama se instituyen de acuerdo con los siguientes criterios:
 - Cuando en un rango de cinco días, el promedio de la eficiencia del dormir es mayor a 90% en comparación con el promedio de los cinco días anteriores, el tiempo en cama se incrementa 15 minutos, los cuales se agregan al inicio del dormir. Cada nuevo horario se mantiene por lo menos durante 5 días anteriores.
 - La eficiencia del dormir promedio sobre los cinco días previos es menor de 90% y mayor o igual a 85%, entonces el tiempo en cama no es alterado y se recomienda a los pacientes ser sinceros en los que respecta a la disminución o cambio de cualquier otro tipo durante el tratamiento. Así la duración del tratamiento se determina por el mejoramiento en la eficiencia del dormir.

b) Técnicas de relajación.

A partir de varios estudios encontraron que los insomnes muestran niveles mucho más altos de actividad fisiológica (por ejemplo, frecuencia cardiaca alta, altos niveles de tensión muscular, etc.), comparados con las personas que duermen bien, se empezaron a desarrollar estrategias terapéuticas encaminadas a reducir esta sobre actividad como procedimiento lógico para reducir los problemas del dormir. Entre estas encontramos las siguientes:

- Relajación muscular progresiva: esta técnica fue desarrollada por Jacobson, (1992), citado por Escobar (2000). Esta técnica está encaminada a incrementar el control discriminativo sobre los músculos

hasta que el sujeto sea capaz de obtener niveles bajos de tensión en la mayoría de estos músculos.

Esta técnica ha sido utilizada en casos de insomnio moderado y severo, y se ha observado que reduce significativamente la latencia del inicio del dormir.

- **Meditación:** la meditación trascendental es una forma de yoga. Se dice que la técnica es fácil de aprender en la primera sesión de instrucción y que no requiere un rígido control físico o mental.

Estudiaron los efectos fisiológicos durante la meditación trascendental y encontraron que el consumo de oxígeno y la producción de bióxido de carbono, así como la frecuencia cardíaca y respiratoria, se reducen ampliamente mientras que la cantidad de ondas alfa y la resistencia de la piel aumentan, la presión sanguínea no sufre cambio, y subjetivamente se reporta un estado de reposo agradable.

Entrenamiento autogénico.

Está basado en seis ejercicios psicofisiológicos desarrollados por Shultz, (1999), los cuales se practican varias veces durante el día hasta que el paciente sea capaz de obtener voluntariamente un estado de relajación "baja vigilia".

Los ejercicios estandarizados se realizan en un ambiente tranquilo y silencioso, en una posición horizontal y con los ojos cerrados, después de escuchar una fórmula de entrenamiento verbal (por ejemplo, mi brazo derecho esta pesado...estoy en paz...etc.), repetida cinco veces por el terapeuta, los sujetos repiten la fórmula por sí mismos.

El ejercicio uno se centra en la sensación de pesadez en las extremidades, y el ejercicio dos cultiva la sensación de calor también en las extremidades. El ejercicio tres trata sobre la regulación cardíaca, mientras que el ejercicio cuatro consiste en la concentración pasiva sobre la respiración.

En el ejercicio cinco fomenta la relación de calor en el abdomen superior, y el ejercicio seis promueve la sensación de frío en la frente. Del ejercicio uno al cuatro se

estimula una respuesta de relajación y bienestar, disminuyendo la frecuencia cardiaca y respiratoria, por lo cual aumenta la cantidad de ondas alfa en la actividad del cerebro y la resistencia galvánica de la piel; mientras que los ejercicios cinco y seis provocan efectos diferentes. La actitud del sujeto debe ser pasiva: “dejar que los efectos ocurran de manera natural” Benson (1994) citado por Shultz (1999).

Retroalimentación biológica (Biofeedback).

Es una técnica psicofisiológica, relativamente reciente que “consiste en presentar a los sujetos información inmediata, momento a momento, de los niveles de funcionamiento de determinada actividad fisiológica (central, muscular, vascular, etc.) a través de la instrumentación adecuada, para que al darse cuenta de tales niveles intenten modificarlos ya sea aumentándolos o disminuyéndolos de acuerdo con los objetivos terapéuticos, todo con la intención de que aprendan con el tiempo a controlar de manera voluntaria tales funciones”.⁹

c) Técnicas Cognitivas.

Técnica paradójica.

Es una técnica psicoterapéutica que “consiste en exagerar aquellas conductas o cogniciones que los pacientes buscan reducir y que son un problema para ellos”.

La intención paradójica puede ser aplicada en el contexto del insomnio de la siguiente manera:

A los pacientes con disturbios en el inicio del dormir se les pide tratar de permanecer despiertos por tanto tiempo como sea posible, más que intentar quedarse dormidos. Por esto se le dice al paciente que es necesario para la terapia “la descripción detallada de los pensamientos justo antes de quedarse dormidos y, por consiguiente, deben permanecer despiertos el tiempo que sea posible para poder experimentar tales pensamientos. Si ustedes se quedan dormidos muy pronto, la información será difícil de

⁹ SHULTZ, H. (1999). Tratamiento del insomnio. México. Internet.
<http://www.secpal.com/biblioteca/index.php>

obtener". Posteriormente, estos pensamientos "alteradores" se utilizan en una pseudo-sensibilización sistemática donde son apareados con imágenes neutrales, con el fin de hacer más creíble la terapia a los pacientes. A los pacientes con esta condición también se les pide no levantarse ni ocuparse en cualquier otra actividad con el fin de prevenir el dormir, sino al contrario, deben permanecer acostados y con los ojos cerrados tratando de buscar esos pensamientos "alteradores".¹⁰

d) Otras Técnicas.

Otras técnicas utilizadas en el tratamiento del insomnio son:

- a. El efecto placebo
- b. El electrosueño
- c. La musicoterapia

1) El efecto placebo.

El término placebo proviene del latín "placere" que significa placer, agradar, gustar o más adecuadamente "algo que place". El término placebo se refiere "al uso médico o experimental de sustancias activas, dadas con la intención de satisfacer la necesidad simbólica del paciente de terapia medicinal y que pueden repetir o evocar los efectos de las sustancias químicas activas".¹¹

Además se utiliza frecuentemente en la investigación farmacológica para probar la efectividad de los nuevos medicamentos. La frase "efecto placebo" se refiere a cualquier cambio en los síntomas del paciente debido más bien a la situación o intento terapéutico y no al efecto específico de un procedimiento médico (López-Torres, 1979 citado por Sterman, 1980).

De acuerdo con lo anterior, tanto una sustancia inactiva como un procedimiento psicológico pueden actuar como placebos en el tratamiento de ciertas dolencias, entre ellas el insomnio.

¹⁰ ABASCAL, M. (2002). Insomnio. México. Internet.
<http://udomfyc.org/descarga/sesiones/2002y3/insomnio.PDF>

¹¹ STERMAN, J. (1980). El efecto placebo. México. Internet.
http://www.usma.ac.pa/publicaciones/cipsu/mainieri_1.html

Touyz y col., (1978), citado por Solomon (1979), utilizaron sustancias inactivas bajo el rótulo de "píldoras para dormir" con el fin de observar el efecto placebo en la electrofisiología del dormir en personas normales. Estos investigadores no encontraron ningún efecto significativo del placebo en el proceso del dormir. No obstante, es preciso subrayar que eran personas sin problemas de insomnio, es decir, con un patrón de dormir saludable y, por tanto, quizá no sintieron motivación o expectación por un cambio en la duración o calidad de su dormir.

Entonces, cabría esperar efectos muy diferentes del placebo en sujetos insomnes. Nicolis y Silvestri (citados por Lick y Heffler, 1977) descubrieron que los sujetos con insomnio moderado mejoran igualmente ante el medicamento activo como con el placebo. Sin embargo, los sujetos que sufren insomnio severo sólo mejoran ante el medicamento activo.

Lick y Heffler (1977) utilizaron la relajación progresiva como método activo y la terapia de alcance T como placebo. La terapia T consiste en decirles a los sujetos que se les va a registrar el grado de vigilia del sistema nervioso autónomo mediante un polígrafo, que cada vez que se registre gran intensidad de la vigilia autónoma, recibirán un shock eléctrico en el dedo índice, y que el número de shocks determinará el grado de tensión del paciente. Sin embargo, el sujeto recibe el número de shocks previamente planeado por los investigadores, independientemente del registro. Así, en la primera sesión a un paciente se le dieron 15 shocks y estos fueron disminuyendo progresivamente hasta que en la sesión final sólo se le aplicó un shock, lo cual era indicador para el paciente de un mejoramiento en el grado de tensión (siendo enfatizado verbalmente por el terapeuta), por lo que su dormir podría ser mucho mejor.

Estos autores encontraron que este tipo de placebo fue ineficaz en comparación con la relajación progresiva en el mejoramiento de los síntomas del insomnio severo. Esto apoya la tesis de que únicamente el insomnio moderado puede ser afectado significativamente por el placebo.

Sin embargo, las investigaciones anteriores no se ven apoyadas por el estudio de Carr-Kaffashan y Woolfolk (1979), citados por Lick y Heffler (1977), quienes utilizaron como placebo un procedimiento de pseudo-sensibilización "muy creíble" y como procedimiento activo la relajación progresiva y la meditación, en el tratamiento activo;

y la relajación progresiva y la meditación, en el tratamiento del insomnio severo y moderado. Estos investigadores dijeron a sus pacientes que no habría resultados benéficos antes de la cuarta semana de tratamiento (contra-demanda), pero que a partir de esta cuarta semana experimentarían un marcado mejoramiento (demanda positiva); esto con la finalidad de controlar las expectativas de los sujetos.

Los resultados indicaron que en el período de contra-demanda se observó un mejoramiento en ambos tipos de insomnio que se encontraban bajo tratamiento activo, pero en aquellos sujetos (también con ambos tipos de insomnio) que se encontraban bajo el efecto placebo. Sin embargo, en el período de demanda positiva el efecto placebo fue igualmente eficaz que la relajación progresiva y meditación en el tratamiento del insomnio moderado y severo. Esto demuestra que el efecto placebo es efectivo en insomnio crónico sólo cuando se presenta bajo condiciones de gran expectación o sugestión.

Storms y Nisbett (citados por Bootzin, Harman y Nicassio, 1976), reportaron un efecto placebo reversivo; es decir, cuando a los sujetos se les dijo que una píldora "estimulante" les causaría un estado de alerta, a la hora de ir a dormir, cayeron dormidos más rápidamente. Pero cuando el mismo placebo era descrito como relajante, los sujetos reportaban más problemas para quedarse dormidos. Sin embargo, la mayoría de los estudios han fracasado en corroborar estos datos, y han encontrado que el efecto placebo afecta al insomnio en la misma dirección en que es prescrito y no en forma reversiva.

En un estudio se comparó la efectividad de varias técnicas para el insomnio (relajación progresiva, control de estímulos e intención paradójica) aplicadas por terapeutas experimentados y por otros en proceso de entrenamiento, y se observó que las técnicas resultaron mucho más eficaces en reducir los problemas de insomnio cuando las aplican terapeutas experimentados que cuando son aplicadas por terapeutas en proceso de entrenamiento Turner y Ascher, (citados por Bootzin y col., 1979). ¿Acaso esto no podría ser producto del efecto placebo? Es muy probable que así sea, pues estas técnicas son breves, fáciles de aprender y aplicar, y por tanto es difícil que los resultados sean producto exclusivamente de la experiencia en la aplicación de las técnicas per se, aunque los autores así lo consideraron, y prefirieron llamar al fenómeno "efecto terapeuta".

El efecto placebo no es nada nuevo; ya se conocía por los médicos de siglos atrás y era utilizado como tal. Tuke (citado por Mc. Mahon y Hastrup, 1980), fue un médico que estudió y aplicó entusiastamente la terapia placebo. El advertía a los médicos que debían estar presentes al momento de la administración de tales remedios (placebo), para expresar la preocupación de que la dosis podía resultar muy potente y eficaz, y quizá peligrosa.

El efecto placebo puede ser utilizado como técnica no farmacológica en ciertos tipos de insomnio y muchas otras dolencias en forma muy eficaz. Sin embargo, se ha subestimado el uso del placebo, ya que se le considera como misterioso, oscuro, sin validez y de efectos terapéuticos breves. A pesar de todo esto opina:

¿Qué es el efecto placebo? “de seguro no es una intervención mágica o divina. Es sólo otra plasticidad intrínseca de la fisiología cerebral; evidencia de lo que el cerro ha roto en pedazos, el cerebro puede, en verdad, unirlo de nuevo. No hay duda de que la plasticidad es mediada por los niveles más altos del funcionamiento del sistema nervioso central, por las expectativas, por las predisposiciones o simplemente por la atención por parte del paciente. Si tan sólo pudiéramos fortalecer esta poderosa terapéutica con métodos conductuales formales, en contraste con su explotación informal de la profesión médica”¹².

b) El electrosueño.

Esta técnica consiste en pasar corriente eléctrica pulsatoria de baja intensidad y poca frecuencia a través de un par de electrodos colocados sobre la frente en sesiones que duran de 30 minutos a una hora, y se ha usado como tratamiento para el insomnio y muchas otras alteraciones.

Robinovitch, (Bootzin, 1976), fue el primero en reportar el electrosueño como un tratamiento para el insomnio, y la explicación que se dio en aquel entonces de este fenómeno, era que esta técnica producía una irradiación de la inhibición sobre la corteza cerebral. Los parámetros de estimulación eléctrica más ampliamente usados se

¹² STERMAN (1980), El Efecto Placebo. México. Internet. <http://www.elbuendormir.com>

encuentran entre 1 y 135 pulsos por segundo a duraciones que varían de 0.1 a 1.4 milisegundos y con un valor modal de corriente alterna de 15 a 20 miliamperes.

A partir de 1947, el Instituto de la Academia de la Ciencia Médica de la URSS inició una serie de investigaciones relacionadas con el uso de esta técnica. Experimentos con animales a los que se les colocaban electrodos directamente sobre el cerebro y se les estimulaban con los patrones antes mencionados, reportaron que ellos caían dormidos. Posteriormente se empezó a trabajar con humanos y se observó que esta técnica a menudo los hacía quedarse dormidos. El objetivo de los investigadores soviéticos era reemplazar los fármacos por todos sus efectos indeseables (Ardila, 1990).

El primer estudio sobre electrosueño realizado en EUA fue en 1963, en donde mediante instrumentos estadounidenses y soviéticos se reveló que 50% de los sujetos se quedaron dormidos durante la sesión (aunque el objetivo fundamental que se buscaba era mejorar el dormir nocturno). Más tarde, los estadounidenses propusieron el nombre de electroterapia transcerebral en lugar de electrosueño (Luce y Segal, 1971), citados por Bootzin (1976).

Cartwright y Weiss (1975), citados por Ralph, R. (1995), estudiaron la efectividad del electrosueño y el efecto placebo (máquina desconectada) en un grupo de insomnes crónicos. Estos autores encontraron que el electrosueño redujo de manera considerable la latencia del dormir, tanto subjetiva como objetiva, y disminuyó la cantidad de vigilia durante la noche (medida en el EEG) en comparación con el efecto placebo. En un seguimiento de dos años sólo uno de cada 5 pacientes había vuelto a sus problemas de insomnio, en tanto que los demás mantuvieron su mejoría (tanto subjetiva como polisomnográficamente).

Por otro lado, Coursey y col., (1980) compararon la eficacia de dos técnicas de relajación (retroalimentación biológica EMG y entrenamiento autogénico) con la técnica del electrosueño en insomnes crónicos. Los autores tomaron un criterio de mejoría o alivio estricto, medido tanto polisomnográficamente como por auto-reporte.

Los resultados revelaron que las técnicas de relajación fueron eficaces en 50% de los casos, mientras que el electrosueño fue totalmente ineficaz.

Los datos de las investigaciones no parecen nada claros: algunos encuentran muy efectiva esta técnica, otros la han encontrado ineficaz. En fechas recientes, el interés de muchos investigadores estadounidenses hacia esta técnica ha disminuido después de la publicación de varias investigaciones más o menos controladas que mostraron que el electrosueño no es más efectivo que el efecto placebo en el tratamiento de individuos que sufren de insomnio. Brown, (1980), citado por Chazaud, (1987).

Además, en el uso de esta técnica hay serias dudas, como: no se sabe cuánta energía alcanza a llegar al cerebro y qué efecto produce. Aunque muchos estudios indican que la mayor parte de la corriente se va por el músculo, la piel, el hueso o el líquido cefalorraquídeo, no hay duda de que una porción de esa corriente llega al cerebro, que aunque pequeña, es mayor a la que el cerebro está acostumbrado.

Sommer (citado por Cabrera, 1983) estudió el efecto de esta técnica en estructuras nerviosas de animales, y encontró por medio de estudios microscópicos ciertas alteraciones neuronales. El grado de lateración dependía directamente de la duración de las sesiones. Sommer consideró que el electrosueño puede provocar cambios irreversibles en el sistema nervioso. Cabe aclarar que los parámetros de estimulación usados por Sommer fueron mucho más grandes que los que se usan en humanos.

De todas maneras, este estudio es de tomarse en cuenta, de modo que sería recomendable utilizar otras técnicas no farmacológicas y estar atento a las nuevas investigaciones sobre este tema, para aclarar dudas que giran alrededor de su efectividad y efectos adversos.

c) La musicoterapia.

Las nanas, los viejos remedios de las madres para dormir a sus niños, parecen haber inspirado un estudio piloto de musicoterapia, el cual fue hecho con pacientes insomnes y que ha dado buenos resultados.

La investigación fue hecha por Estivill (2000), en el Instituto Dexeus de Barcelona y su centro americano, este estudio ha demostrado que el insomnio puede disminuir con la música apropiada.

La música, lejos de impedir el sueño, puede ayudar a conciliarlo. Un estudio piloto realizado con pacientes que padecen insomnio crónico y que fueron tratados con musicoterapia, junto con otras técnicas de relajación y visualización, detectó la disminución de este problema en los afectados.

El estudio consistió en lo siguiente:

Los pacientes reclutados contaban entre 28 y 68 años y habían sido diagnosticados de insomnio, con una evolución de seis o más meses de duración. A todos ellos se les sometió a una sesión de musicoterapia individual de 50 minutos cada 15 días durante ocho semanas.

Los participantes podían escoger entre distintos tipos de música: clásica, nativa americana, new age, canciones instrumentales, sonidos de la naturaleza o easy listening. Y también entre una o varias técnicas de relajación: diafragmática, hipnosis, relajación muscular progresiva e imaginación guiada.

Posteriormente se les proporcionaron dos cassettes de 60 minutos con la música que habían elegido, e incluyendo la voz del musicoterapeuta como guía y ayuda verbal en una de las cintas, para facilitar el proceso de inducción al sueño en el hogar.

Los autores del estudio destacan que para lograr el éxito con esta terapia es importante que los pacientes perseveren en el uso continuado en el hogar y que hagan esa selección individual tanto de la música como de las técnicas de relajación que deseen utilizar.

A los pacientes se les dio la consigna de que las emplearan en sus domicilios antes de acostarse y despertarse por la noche y poder conciliar el sueño. Las conclusiones de este trabajo dicen que las técnicas aplicadas “promocionaron una disminución general de su insomnio y que los pacientes afirmaron tener una mayor sensación de bienestar general y unos hábitos de vigilia – sueño más saludables”.¹³

¹³ ESTIVILL, H. (2000). Musicoterapia. México. Internet. <http://www.tratamientoinsomnio.com.html>.

También se menciona la posibilidad de que los insomnes puedan prescindir de la meditación que toman para dormir, una vez que hayan aprendido las habilidades cognitivo – conductuales que requiere el uso de la musicoterapia y la relajación y sepan aplicar estas técnicas correctamente.

El estudio concluye afirmando que este tipo de intervención autoaplicada puede ser un complemento inocuo, efectivo y de bajo costo para tratar el insomnio crónico.

2. ESTADO DE ÁNIMO.

Definición.

Estado de ánimo: según Berlanga (2000) se define como una alteración del humor.

2.1 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Según el DSM-IV (1996) en los trastornos del estado de ánimo se incluyen:

- Episodio depresivo-mayor.
- Episodio maniaco.
- Episodio mixto.
- Episodio hipomaniaco.
- Trastorno distímico.
- Trastorno depresivo no especificado.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.
- Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.
- Trastorno bipolar II (episodios depresivos mayores recidivantes con episodios hipomaniacos).
- Trastorno ciclotímico.
- Trastorno bipolar no especificado.
- Trastorno del estado de ánimo debido a... (especificar enfermedad médica).
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Trastorno del estado de ánimo no especificado.

Es importante mencionar que para este trabajo solamente se tomará en cuenta el estado de ánimo depresivo.

2.2 ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO

Es aquel en donde se presentan todos o algunos de los siguientes síntomas: apatía, pérdida de interés en actividades placenteras, disminución del rendimiento en el trabajo o labores de la casa, tenso, irritable, pérdida de apetito, cansancio.

“La depresión es un estado de ánimo que va desde grados ligeros de tristeza o infelicidad hasta sentimientos de intenso abatimiento o profunda desesperación”.¹⁴

La clasificación de las depresiones resulta difícil de establecer. El problema consiste en si la depresión forma parte de una escala de gravedad que va de lo normal a lo neurótico y a lo psicótico, o si se trata de trastornos independientes que presentan factores causales específicos. Kraepelin (citado por Bedolla, 1990) diferenció entre la depresión endógena, psicótica o vital, y la depresión exógena, psicógena, neurótica o reactiva. Se diagnostica como endógena un cuadro depresivo cuando, además de ser especialmente grave no se encuentra un acontecimiento previo desencadenante. En cambio, las depresiones exógenas parecen estar vinculadas a experiencias vitales del individuo. Con frecuencia, estos cuadros responden favorablemente a cambios verificados en el medio ambiente, tales como la compañía de personas que animen al sujeto, o un cambio de actividades que le distraigan. La etiología de la depresión psicótica tendría su origen en factores genéticos o metabólicos, mientras que la reactiva sería la respuesta neurótica a un estrés externo excesivo.

En la llamada depresión de tipo neurótico existe un elemento de pesimismo que se agrega a la tristeza causada por una pérdida, cuando la depresión alcanza tal intensidad que el sujeto que la experimenta no puede ver las cosas si no en el sentido de su estado de ánimo y no como realmente son.

2.3 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION

La comprensión de los trastornos afectivos ha ocupado a lo largo de la historia a filósofos, médicos e investigadores. Manzo (2002) hace la siguiente descripción de la depresión a lo largo de la historia:

¹⁴ CORBELLA, J. (1991) Enciclopedia práctica de psicología. Tomo 5. España Plaza & Janés Editores, p. 41.

Desde los antiguos egipcios, hace unos cuatro mil años detectaron a la depresión como una enfermedad causada por la pérdida de status o dinero y que curaban a través de la discusión verbal, recurriendo a la religión y en algunos casos se aceptaba el suicidio.

La Biblia también da testimonios de gente apesadumbrada y de los sentimientos de angustia experimentados por los hombres y mujeres que han perdido la fe en Dios y en sí mismos y que han quedado despojados de toda esperanza en el futuro, como fue el caso de Job inscrito en el Antiguo Testamento.

En la Grecia Antigua se han encontrado referencias sobre depresión en escritos de Homero donde tenía una causa mística, “los dioses quitan la mente”. Por su parte Esquilo atribuía la depresión a los demonios y, por lo tanto, el exorcismo era la cura.

Los filósofos también hablan de la depresión, así Sócrates la consideraba como “un Don del cielo” y por tanto no era vergonzoso, padecerla era una bendición y no requería tratamiento. Por su parte, Aristóteles, recomendaba para la depresión la música, porque él la consideraba como causa de melancolía. Hipócrates (citado por Manzo, 2002), el padre de la Medicina, en el siglo IV a.C. describió 4 tipos de temperamentos humanos,: la personalidad melancólica ocasionada por flujos anormales de bilis negra, la personalidad flemática causada por la flema, la personalidad colérica causada por la bilis amarilla, la personalidad sanguínea causada por la sangre. El melancólico era una persona deprimida que estaba pasando por un estado de desesperanza y abatimiento, para lo cual, Hipócrates recomendaba la abstinencia de todos los excesos, una dieta vegetariana y el ejercicio.

Los romanos usaban el vocablo latino “tristitia” como el equivalente de “melancolía” de los griegos.

En los primeros siglos de nuestra era, Celsus, habla de la melancolía como una forma de locura, siendo el mejor tratamiento la terapia de la persuasión, las diversiones y los relatos entretenidos.

Galeno, por su parte, atribuía la depresión a funciones psíquicas del cerebro afectadas y recomendaba la confrontación y el ejercicio para la pronta recuperación.

Soranos de Ephesus, da un cuadro clínico bien definido en donde señalaba como síntomas principales de la “melancolía”, la tristeza, los deseos de morir, la suspicacia acentuada, la tendencia al llanto, la irritabilidad y en ocasiones la jovialidad.

La depresión también era conocida en la Edad Media aunque por las características de la época, la interpretaban como un hechizo llevado a cabo por una fuerza maligna. Así los filósofos más destacados de la época como Sto. Tomás de Aquino, decía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales.

En México Prehispánico, la depresión fue considerada como un problema médico, de acuerdo a la descripción que en 1552 hizo el médico indígena Martín de la Cruz, para posteriormente ser traducido al latín por Juan Badiano en el “Código Badiano” o “Libellus de Medicinabullis Indorum Herbis”. El códice incluye el título “Remedio para la sangre negra” en el que se recomienda como tratamiento: un cocimiento de yerbas y un jugo de flores de buen olor, además de la abstinencia del trato carnal y el dedicarse a la música o danza. El reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades indican un alto grado de adelanto en la sociedad azteca. Belasso y Lara, dicen que existen referencias directas del suicidio en los pueblos mayas, en donde refieren como motivos: la tristeza, el temor a ser torturado o el acto de culpar al cónyuge de trato cruel.

La creencia que se tenía acerca de la depresión se comenzó a abandonar en 1630 con Robert Burten, publicó su tratado de “Anatomía de la Melancolía” obra que facilitó el diagnóstico de los estados depresivos.

A finales del siglo XVIII se comenzaron a hacer estudios en hospitales e instituciones para enfermedades mentales que empiezan a revelar la naturaleza médica de los trastornos anémicos.

En 1809, Haslam, boticario del Hospital Behtlem en Londres, hace investigaciones sobre depresión y señala como síntomas “semblante ansioso y aspecto sombrío; hablan poco; aislamiento, postración, miedo injustificado y desesperación”.

Por esas mismas fechas, Philippe Pinel, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba concentrado en un objeto (obsesivo), y que, la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía están las psicológicas (miedo, desengaños amorosos, pérdida de propiedades, dificultades familiares, etc.) y las físicas (amenorrea, puerperio, etc.). Además fue el primero en mencionar que algunos depresivos pueden cometer crímenes para buscar castigo.

Gresinger, en 1845, realizó estudios sobre la depresión y fue el primero en hacer una descripción detallada de la misma, observó las vagas manifestaciones tempranas y el papel que estas juegas en el desarrollo de otras formas de enfermedad mental.

En 1899, Kraepelin, estableció la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz (hoy conocida como esquizofrenia). Dentro del concepto maniaco-depresivo, Kraepelin incluyó numerosos desórdenes como la melancolía simple, la que se acompaña con delirio, la periódica y la manía simple.

En las primeras tres décadas de este siglo y gracias a los estudios genéticos en psiquiatría, llevaron a considerar los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, en consecuencia, el deprimido era calificado como psicótico aunque sus síntomas fueran leves.

Lange en 1928, hablo sobre las depresiones que se desarrollaron como resultado de la angustia que representa vivir.

Guillespie en 1930, adoptó el término de depresión neurótica añadiéndole el concepto de reacción ante circunstancias adversas.

La primera contribución importante por parte de los psicoanalistas al problema de la depresión proviene de Kart Abraham, quien en 1916 después de investigaciones

concluye que los deprimidos han llegado de una manera regresiva a la primera etapa del desarrollo (etapa oral) y consideró que la hostilidad del melancólico se dirige en contra de la madre.

En 1917, Freud, en su obra “Duelo y Melancolía”, señala que la depresión es el modo de reaccionar a un objeto ambivalente. La parte hostil se manifiesta en el odio y el sadismo y se vuelca contra el yo. Esta estructura comienza a sufrir reproches e ideas de autodesprecio a través de la incorporación oral; además establece una comparación entre la pena normal y la melancolía, la cual en gran parte es todavía vigente.

Sandor Rado, basado en la teoría de Melanie Klein, señala que la depresión depende de otras personas para que la autoestima se mantenga, la cual esta amenazada por el super yo. Piensa que el melancólico es una persona con necesidades narcisistas, que después de haber perdido un objeto amado, se rebela agresivamente en contra de él. Es el super yo es el encargado de provocar el castigo por medio de reproches y remordimientos que se dirigen hacia el yo.

Jacobson, ha contribuido al problema de la depresión. Considera que en los estados de depresión neurótica y psicótica la diferencia esta basada en los procesos neurofisiológicos constitucionales, así como la profundidad de la regresión.

2.4 TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA DEPRESION.

En 1911, Kart Abraham (citado por Manzo, 2002), decía que el odio es el sentimiento dominante en la etapa previa a la depresión, pero como este sentimiento resulta inaceptable para la persona prefiere reprimirlo y/o proyectarlo. La persona se siente odiada por los demás y llega a creer que es odiada a causa de sus defectos innatos, por lo que se deprime. Este autor encontró evidencia de hostilidad reprimida en sueños depresivos de criminalidad e intentos de venganza. Estos pacientes no atribuían sus impulsos masoquistas y la culpa que sentían por sus propios impulsos al sufrimiento y al pensar constantemente en sí mismos. Debido a que no pueden formar un vínculo libidinal duradero, los pacientes se vuelven auto-críticos, su conducta es inhibida y de esa manera satisfacen su tendencia inconsciente hacia la negación de la vida.

En 1917 Freud, (citado por Manzo, 2002), en “Duelo y Melancolía”, establece una comparación entre la pena normal y la melancolía; afirmó que la pena normal sobreviene por la pérdida de un ser amado o su equivalente abstracto, como por ejemplo su ideal, la patria, etc. La melancolía constituye un estado de ánimo profundamente doloroso, con carencia de interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de todas las funciones y auto-depreciación, es decir, pérdida del amor propio, traducándose esta última en auto-reproches y auto-acusaciones que inducen a veces al sujeto a la delirante espera del castigo y el suicidio. En la pena normal, lo esperado es que el tiempo lo supere, es decir, que el principio de realidad se imponga sobre la frustración que para el sujeto supone la pérdida del objeto, quedando al final el yo libre de toda suerte de inhibiciones que esta pérdida provocará. En la melancolía se sabe también que objeto se ha perdido. A mayor abundancia se da en el algo que en la pena normal no acontece, que es el de auto-reproches y auto-acusación: el yo se hace indigno, necesitado de punición, de humillación frente a los demás. Sorprende que la forma en que el melancólico externaliza su culpa e independientemente de que tenga o no razón en su propia crítica, lo real es que describe su exacta situación psicológica: la pérdida de su propia estimación. Hay que deducir de aquí que las instancias procedentes de su conciencia moral (el super yo) se sitúan frente al yo y lo hacen responsable. Es fácil inferir que la pérdida de objeto se verifica dentro del propio objeto que solo el sabe su exacto significado.

Freud sostiene que el objeto perdido es valioso para el sujeto en la medida en que está identificado con él. Esto es válido para la pena normal y la melancolía. Lo que ocurre en esta última a diferencia de la primera, es que la identificación del yo con el objeto ha sido de tal calidad, que en realidad la pérdida de objeto equivale a la pérdida del yo. La persona que se ha identificado con un objeto, tiene pues, que reprocharse la pérdida de ese objeto, tanto si la causa real de la pérdida es la persona misma o el propio objeto. Y en la medida en que este, no es el yo, aunque con el se identificara fuertemente, puede externalizar esos auto-reproches impudicamente, que en el fondo son reproches al objeto y no a sí mismo.

Una identificación de este tipo con el objeto solo se verifica si el modo de relación del sujeto con las cosas (sus relaciones objetales) son de tipo oral, es decir, narcisista. Presentan pues, una inmadurez del yo. Dicha inmadurez es la que hace

factible que al sobrevivir la pérdida del objeto aparezca la melancolía y ésta exprese la agresión del sujeto a esos estados anteriores. Una persona de estructura narcisista no puede ligarse al objeto amoroso en una relación de intercambio recíproco, es siempre un sujeto necesitado de gratificación. Entonces cada vez que el sujeto amado no fructifica, en el sujeto aparecen estancias agresivas hacia él, dichas instancias van acompañadas de sentimientos de culpa. “De esta forma el super yo tiene que reprocharse de alguna manera haber deseado la pérdida de ese objeto que efectivamente tiene lugar más tarde. He aquí cerrado el círculo: pérdida de objeto, culpabilidad por la misma depresión”.¹⁵

Como se puede ver, existen en el sujeto depresivo, de antemano, actitudes, catexias ambivalentes frente al objeto: lo que quiere en la medida en que lo gratifica, lo rechaza, en la medida en que no lo hace.

2.5 TIPOS DE DEPRESIÓN.

2.5.1 LA DEPRESIÓN NEURÓTICA Y PSICÓTICA.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por disminución de energías, sensación de abatimiento, cansancio, reducción de la autoestima, auto-desestimación, sentimiento de infelicidad, trastorno del apetito y del sueño, entre muchos otros síntomas.

Este estado se debe a un conflicto interno, real o figurado, o un acontecimiento precipitante identificable, como puede ser la pérdida de un ser querido o un bien muypreciado. Se diferencia de la psicosis entre otros motivos porque no comprende ideas delirantes ni alucinatorias.

Los contenidos de los pensamientos depresivos se caracterizan por apoyarse en aspectos de la vida cotidiana y real del paciente. En su trabajo, en su situación afectiva personal o en cualquier circunstancia de su vida hay algo que le preocupa y constituye para él una situación conflictiva que suele vivir como insoluble. El tipo de pensamiento suele ser obsesivo o, cuando menos, repetitivo. A menudo, este estado se acompaña de ansiedad, lo que dificulta su diferenciación de la neurosis de angustia, si bien, la ansiedad es un miedo inmotivado, y la depresión, una tristeza inmotivada.

¹⁵ MANZO, M. C. (2002). Tesis de Maestría. La motivación al logro en la adolescencia y su relación con la depresión. Facultad de Psicología UVAQ. México, UVAQ, p.58.

Normalmente, en la misma proporción que en la neurosis de angustia aparecen síntomas depresivos, las depresiones neuróticas se acompañan de ansiedad y, salvo en aquellos casos en los que uno de los síntomas es claramente predominante, es posible que se presenten juntos, o que un mismo paciente pase de uno a otro estado en distintos momentos de su vida.

El diagnóstico de neurosis depresiva se basa en la presencia dominante de una tonalidad afectiva hipotímica-descenso del humor o estado de ánimo, o la coexistencia de elementos depresivos y ansiosos en un mismo enfermo. La evolución es insidiosa, con tendencia a la cronicidad con un curso irregular y variaciones condicionadas por los estímulos ambientales. Una de las características de la neurosis depresiva es la excesiva prolongación en el tiempo de un estado depresivo que, en un primer momento, se consideró normal ante un determinado problema o disgusto (ver tabla 1).

Las diferencias entre la depresión neurótica y la psicótica Según Corbella y col. (1990), se presenta en la tabla 1.

Tabla 1

DIFERENCIAS ENTRE LA DEPRESION PSICOTICA Y LA NEUROTICA

DEPRESION PSICOTICA	DEPRESION NEUROTICA
Factores hereditarios	Anomalías en el desarrollo afectivo.
Factores constitucionales	Factores situacionales.
Organogénesis	Psicogénesis.
Sentimientos de tristeza vital	Sentimientos complejos, con ansiedad.
El estado de ánimo no se ve alterado por la influencia del medio ambiente.	El estado de ánimo puede mejorar si existen alrededor personas que animan.
Delirios de culpa, autoacusación, indignidad, autosubestimación, etc.	Sentimientos de inferioridad y frustración
Comportamiento autoagresivo, con tendencias al suicidio en los casos graves.	Comportamiento pseudosuicida.
Insomnio severo	Problemas en el sueño sin llegar al límite del Insomnio.
Pérdida de la agilidad en el plano de la acción y del pensamiento.	No hay perdida de agilidad mental o práctica, pero si fatiga.
El paciente asume toda la responsabilidad del estado en que se encuentra.	El paciente acusa a otros o al medio ambiente de ser responsable de su estado.
Ruptura con la realidad.	Proyección en la realidad.
Falta de contacto afectivo	Búsqueda del contacto afectivo.
Curso fásico (meses o semanas)	Curso irregular (Cambio en días u horas).
Ritmo circadiano de los síntomas con predominio matinal.	Ausencia de ritmos fisiológicos.
Presencia de antecedentes familiares.	Presencia de antecedentes personales de tipo neurótico.
Mejores resultados de los métodos biológicos.	Posibilidad de actuación sobre los factores ambientales.
Buena respuesta al electroshock y a los antidepresivos	Buena respuesta a la psicoterapia y a los ansiolíticos.

En seguida se describen brevemente los tres tipos de depresión más comunes, según Corbella y col (1990). Los tres tipos son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

2.5.2 LA DEPRESIÓN SEVERA.

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

2.5.3 La distimia.

Un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

2.5.4 Trastorno bipolar.

Llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos.

El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos; pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas.

Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en

aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

2.6 CAUSAS DE DEPRESION.

Una observación clínica clásica, reiteradamente confirmada, indica que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo que a los episodios posteriores. Esta asociación se ha puesto de manifiesto tanto en el trastorno depresivo mayor como en el trastorno bipolar I. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios de larga duración pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia, la persona resulta más vulnerable para sufrir episodios posteriores de trastornos del estado de ánimo, incluso sin factores estresantes externos.

Algunos clínicos están convencidos de que los acontecimientos vitales desempeñan un papel esencial o primario en la depresión; otros sugieren que estos acontecimientos tienen sólo un papel relativo en el inicio y en la temporalización del trastorno. Los datos más convincentes indican que el acontecimiento vital más frecuentemente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la pérdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. El factor estresante ambiental más relacionado con el inicio de un episodio depresivo es la pérdida del cónyuge.

Algunos artículos teóricos y numerosos casos individuales se han interesado por la relación entre el funcionamiento familiar y el inicio y curso de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor. Algunos trabajos indican que la psicopatología observada en la familia cuando un paciente diagnosticado es sometido a tratamiento, tiende a permanecer tras la recuperación del paciente. Además, el grado de psicopatología en la familia puede afectar a la tasa de mejoría, las recaídas y la adaptación tras la recuperación del paciente. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.

2.7 PREVALENCIA.

La sociedad está empezando a reconocer a la depresión como un problema importante de salud pública. Dos de las iniciativas que han llamado la atención hacia el problema de la depresión, y sugieren que debe ser considerada como un problema de alta prioridad, son el Programa de Concientización, Reconocimiento y Tratamiento de la Depresión en los Estados Unidos de Norteamérica, que cuenta con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental (Regier y col., 1988), citado por Ferketik (2000), y la Campaña de Combate a la Depresión en Gran Bretaña (Paykel y Priest, 1992), citado por Ferketik (2000). A menudo se subestima el impacto de la depresión tanto en términos del sufrimiento personal como el de la carga económica sobre el sistema de salud y la comunidad.

La depresión es un trastorno común, extenuante y con grandes posibilidades de tratamiento (Weissman, 1987; Regier y col., 1988), citado por Ferketik (2000). El estudio de Área de Contagio Epidemiológico (Epidemiological Catchment Area o ECA), sugiere que más de 10 millones de personas en Estados Unidos experimentan depresión seria o mayor (Myers y col., 1984), citado por Ferketik (2000). El estudio más amplio es el de la ECA en Estados Unidos, el cual muestra una tasa de incidencia del 4.4%. Esta tasa es similar a la de Puerto Rico (4.6%) pero considerablemente menor que la de Nueva Zelanda (12.6%) y que la de Edmonton, Canadá (8.6%). Las tasas más bajas se registraron en Korea (3.6%) y en Taiwán (1.1%). Sin embargo, parece que este tipo de encuestas subestiman la prevalencia de la depresión mayor.

Recientemente, la encuesta nacional de Comorbilidad en Estados Unidos, utilizó los criterios del DSM-IV y una metodología más refinada para las entrevistas de diagnóstico que la usada en el estudio de la ECA. Esta encuesta dio como resultado una tasa de prevalencia del 17% para un episodio de depresión mayor.

La depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. El riesgo de esta enfermedad aumenta de 2 a 3 veces cuando existe una historia familiar de depresión (Weissman, 1987), citado por Caraveo (1999). La edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 44 años, la cual coincide con la etapa de mayor productividad en el empleo, así como con los años de maternidad.

En nuestro país, un reciente estudio (Caraveo y col., 1999) muestra los siguientes datos: la prevalencia de los trastornos depresivos es de 12% en la población estudiada. El índice de recurrencia fue del 59%, ya que estas personas reportaron más de un episodio depresivo. La edad promedio en la que se inició este padecimiento se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida y se evidenció que la proporción respecto al género fue de dos mujeres por cada hombre afectado (véase tabla 2).

En relación con la severidad de los episodios depresivos, los cuadros moderados presentaron la mayor tasa con 48.1%, los severos ocuparon el segundo lugar con 30.8%, y finalmente los episodios de leve intensidad con 21.1%.

En el 86% de los afectados por un episodio depresivo se presentó algún síndrome somático y esto propició que el paciente acudiera en búsqueda de ayuda médica, más no con un psiquiatra.

Tabla 2

**ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS SOBRE TRASTORNOS
DEPRESIVOS EN LAS AMERICAS**

Prevalencia de vida por género o en porcentajes

América del Norte

	HOMBRES	MUJERES
*México	5.2	10.0
**Canadá	5.9	11.4
**EEUU	12.7	21.3

En este mismo estudio, se observó que el 16.7% de los sujetos que sufrían de episodios depresivos buscaron ayuda con médicos no psiquiatras y el 13.3% lo hicieron con especialistas de la salud mental. (Caraveo y col., de la Revista Salud Mental 1999).

Finalmente, de acuerdo con estudios realizados por Frenk y col., en 1998, citado por Caraveo (1999), los trastornos depresivos ocuparon el lugar décimo tercero de las principales causas de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en México (véase tabla 3).

Tabla 3

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS TRASTORNOS AFECTIVOS EN MÉXICO

Variables Demográficas	Depresión (n = 207964)
Sexo	
Masculino	5.2
Femenino	10.0
Edad	
18-24	6.2
25-34	6.9
35-44	9.6
45-54	10.0
Más de 55	9.4
Escolaridad	
Sin escolaridad	
1-6 años	7.2
7-9 años	11.2
10-12 años	6.2
Más de 13 años	9.2
	3.8
Estado civil	
Casado	6.7
Separado	12.4
Divorciado	10.1
Viuvo	22.9
Soltero	7.9
Unión libre	7.3

Nivel socioeconómico (ingreso)	
A (13,000 o más)	8.8
B (4,000 a 12,999)	5.4
C (2,000 a 3,999)	7.2
D (1,000 a 1,999)	10.9
E (menor a 1,000)	7.0

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (septiembre,2001), en uno de sus reportes, señala que numerosos estudios epidemiológicos en México, han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población en general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12%. Un estudio realizado en 1995 reporta una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. Las cifras de prevalencia en México presentan un patrón más elevado de acuerdo al grupo etéreo evaluado, por ejemplo, en niños en etapa escolar ha sido reportada hasta en un 36%, lo mismo sucede con los ancianos, en quienes se presentan cifras similares. La mayoría de los estudios transversales han establecido que existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%). La ocurrencia de depresión ha sido reportada con una magnitud importante en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa como es la diabetes mellitus, en la que resultan afectados alrededor del 40 al 70% de los pacientes. También ha sido observada en pacientes seniles que son atendidos en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, independientemente de su estado de salud. Se ha demostrado que algunas enfermedades pudieran tener una comorbilidad mayor con la depresión y así lo demuestra un estudio realizado en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el que se encontró un porcentaje considerable de depresión (37.2%).

2.8 DIAGNOSTICO.

Según Kéller y col. (citados por Kamerow, 1990), la depresión ocurre frecuentemente de manera concomitante con otros problemas médicos, lo que hace su identificación más difícil aún.

Las personas que experimentan anorexia, náuseas, fatiga, trastornos del sueño y sentimientos deprimidos pueden reflejar síntomas emocionales atribuidos a un problema médico; estos síntomas pueden ser también manifestaciones de depresión que se expresa de manera somática. Por tanto, hay confusión aún para reconocer la depresión. Esta puede manifestarse como pesar, enfermedad médica, disfunción cerebral orgánica (crónica o aguda), reacción a los problemas de adaptación, reflejo de una alteración importante del humor (enfermedad unipolar o bipolar), o trastorno del humor acompañado de alteraciones como trastorno ciclotímico y distímico.

Según Winokur (citado por Kamerow, 1990), existen diferentes etapas necesarias para diagnosticar la depresión: la primera etapa consiste en registrar la historia del paciente y sus signos y síntomas clínicos y efectuar una exploración física cuidadosa. Entre los síntomas más comunes están; la fatiga, agitación, retraso, o ambas cosas, pérdida del interés por las actividades ordinarias de la vida cotidiana, disminución de la libido, sentimientos de desesperanza, tristeza y desamparo y afecto depresivo. Por otra parte, con frecuencia estos individuos están temerosos, apesadumbrados y fácilmente desanimados y tienen menos iniciativa. Es probable que experimenten anorexia, pérdida de peso, estreñimiento y diarrea, dificultad para dormir o conservar el sueño, y se quejan de no ser capaces de concentrar sus pensamientos, a la vez que notan que han disminuido su capacidad de atención.

La variación diurna del humor es una queja frecuente en casos de depresión mayor, y las mañanas son a menudo peores que las tardes o las noches. Son comunes las crisis depresivas que se acompañan de ansiedad.

La persona deprimida puede ser un tanto delirante y sus pensamientos comunes son de insuficiencia, fracaso y mala suerte, a la vez que los centra sobre acontecimientos que ocurrieron muchos años antes, con remordimientos excesivos y sentimiento de persecución por los errores a los fracasos pasados que percibe. Cuando sucede así, el delirio depresivo se considera como congruente con el humor.

Son esenciales los antecedentes familiares en que se consideran los aspectos genéticos potenciales, pero se excluyen las alteraciones esquizofrénicas y los problemas de dependencia de alcohol o de sustancias químicas, para separar la "depresión mayor pura" de otras alteraciones que pueden reflejar también signos o síntomas depresivos.

Los familiares pueden indicar la existencia de otros miembros de la familia que han sufrido depresión.

Siempre debe recordarse que la consecuencia más grave de la depresión no reconocida (o considerada) es el suicidio.

Persiste también la gran importancia del impacto de la depresión sobre el trabajo, la crianza de los hijos, el matrimonio, el alcoholismo, el juego, la función social y la estabilidad matrimonial. La información obtenida de los miembros de la familia, en especial del cónyuge u otras personas importantes, permitirá establecer un índice elevado de sospecha de depresión cuando se combina todo esto con los datos obtenidos directamente. Así, estos son los mínimos pasos que deben darse antes de llegar a decisiones ulteriores para obtener el diagnóstico, como pruebas psicológicas, otras consultas y estudios neuroendocrinos. De esta manera podrá reconocerse la depresión y tratarse con eficacia.

2.9 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN.

Según Beck y col. (2002), detectaron que las consecuencias a las que se enfrentan los pacientes deprimidos son las siguientes:

a) Los Pensamiento Negativos.

1) Opinión negativa sobre uno mismo.

Esta idea se mantiene a menudo al compararse con otras personas que parecen ser más atractivas o tener más éxitos o ser más capaces o inteligentes. El paciente se puede encontrar con que se ha preocupado con estas ideas, o rememora los acontecimientos negativos del pasado cuando otras personas parecían detestarlo o despreciarlo. Puede considerarse sin valor y aburrido y asume que sus amigos y familiares estarían contentos si se libran de usted.

2) Autocrítica.

La persona deprimida se siente triste porque enfoca su atención en sus presuntas limitaciones. Se culpa de no hacer un trabajo que piensa que debe hacer, por decir cosas

que no debía o por las desgracias que causa a otros. Cuando las cosas van mal, es probable que la persona deprimida crea que es por su culpa. Incluso los eventos felices pueden hacerle sentirse peor si piensa, "no merezco esto", "soy indigno de ello". Debido a que la opinión propia es tan baja, puede hacer demandas excesivas sobre sí mismo. Puede exigirse que sea un ama de casa perfecta o un incansablemente amigo fiel o un médico de juicio clínico infalible. Puede venirse abajo pensando, "debía haber hecho un trabajo perfecto".

3) Interpretaciones negativas de los hechos.

Una vez y otra, puede encontrarse respondiendo de manera negativa a las situaciones que no le molestarían si no estuviera deprimido. Si tiene un problema de no encontrar un lápiz, puede pensar, "Todo es difícil para mí". Cuando gasta un poco de dinero, puede sentirse triste, como si hubiera gastado una gran cantidad. Puede ver la desaprobación en comentarios que otras personas hacen, o decide que ellos le detestan en secreto aunque ellos pueden actuar de forma amistosa.

4) Expectativas negativas sobre el futuro.

Puede llegar a tener el hábito de pensar que nunca superará sus sentimientos de dolor o sus problemas y creará que durarán para siempre. O puede tener las anticipaciones de pensamiento negativas siempre que intente hacer un trabajo específico: "Estoy seguro de que voy a fallar en esto". La persona deprimida tiende a ver el futuro como fracaso e infelicidad como algo inevitable y puede decirse que es vano intentar hacer que su vida vaya bien.

5) Sentimiento de agobio hacia las responsabilidades.

Si tiene los mismos tipos de trabajos para hacer en casa o en su trabajo que ha hecho antes muchas veces, pero cree ahora que es completamente incapaz de hacerlos o que le llevará semanas o meses antes de llevarlos a cabo. O se dice que tiene tantas cosas para hacer que no hay ninguna manera de organizar el trabajo. Algunos pacientes deprimidos se niegan parte de tiempo para dedicarlo a sus intereses personales debido a lo que ellos ven como obligaciones urgentes que les llueven de todos los lados. Pueden experimentar sentimientos negativos físicos que acompañan a tales pensamientos, incluso sensaciones de ahogo, náusea, o dolores de cabeza.

b) Errores del Pensamiento.

1) Exageración excesiva.

Ve ciertos hechos de una manera extrema. Por ejemplo, si está teniendo alguna dificultad cotidiana, empieza a pensar que terminará en desastre exagera los problemas y el posible daño que le podrían causar. Al mismo tiempo, infravalora su habilidad de resolverlos. Usted salta a las conclusiones sin ninguna evidencia y cree que su conclusión es la correcta. Un hombre que invirtió sus ahorros en una nueva casa sospechó que la casa podría tener termitas. Llegó a la conclusión inmediata de que la casa se caería en pedazos y no tendría ningún valor y que su dinero se malgastó. Le convencieron que nada podría hacerse a "excepción de la propia casa".

2) Sobregeneralización.

Hace una apreciación general que da énfasis al lado negativo: "A nadie le gusto yo", "soy un fracaso completo", "nunca puedo conseguir lo que quiero en la vida". Si alguien que conoce le dice algo negativo de la persona, piensa: "estoy perdiendo a todos mis amigos".

3) Ignorar el lado Positivo.

Se deja impresionar y recuerda sólo los eventos negativos. Cuando una mujer deprimida fue aconsejada para realizar un diario, comprendió que los eventos positivos le ocurrían a menudo pero que tenía cierta tendencia para no prestarles atención y olvidarse de ellos. O tendía a apreciar que las experiencias buenas eran insignificantes por una razón u otra.

c) Trastornos Conductuales de la Depresión.

1) Adicciones.

Una de las adicciones más importantes que hay que mencionar es el abuso de la marihuana ya que esta comprobado que esta droga puede provocar la depresión.

En un estudio, que fue realizado en la ciudad de Nueva York (Reuters Health, 2000), se comprobó que los adultos que abusan de la marihuana pueden correr riesgo de desarrollar depresión, mucho más fácilmente que las personas que no son adictas.

Según el informe, los adultos que no estaban deprimidos cuando comenzó el estudio, pero que abusaban de la marihuana, fueron cuatro veces más propensos a desarrollar síntomas de depresión 15 años después, en comparación con sus compañeros que nunca fumaron marihuana, en estos no hubo síntomas de depresión.

“Estos adultos eran especialmente propensos a los pensamientos suicidas y a presentar una marcada falta de interés en las cosas que antes les interesaban”.¹⁶

Los fumadores de marihuana tenían cuatro veces más probabilidades que sus compañeros no fumadores de albergar pensamientos suicidas. También se encontró que las mujeres blancas estaban particularmente en riesgo de deprimirse.

En el estudio, el abuso de la marihuana se definió por varios signos de consumo problemático, como alteración en el desempeño laboral o el uso de la droga en el trabajo.

Los individuos que consumían otras drogas, como las anfetaminas y los opiáceos, eran de ocho a 10 veces más propensos a abusar de la marihuana 15 años después.

Sin embargo, los que estaban deprimidos cuando comenzó el estudio no fueron más propensos a abusar de la marihuana posteriormente, según el informe, que dio seguimiento a cerca de 850 adultos que no estaban deprimidos y más de 1.800 que no informaron de abuso de marihuana al inicio del estudio.

¹⁶ BOVASSO, G. (2000). Depression. American Journal of Psychiatry. USA. Internet. <http://www.americanjournalpsychiatry.com>

2) Suicidio.

Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Significa, darse muerte uno mismo. En relación con este comportamiento diferenciaremos algunos tipos de suicidio.

- Suicidio frustrado: Acción de suicidio que no ha conseguido su fin, teniendo el paciente auténtica intención de llegar a él.
- Suicidio Consumado: Es el intento que ha tenido éxito bien como expresión de los auténticos deseos suicidas o como una casualidad no deseada dentro del comportamiento suicida.
- Conductas Suicidas: Son las encaminadas a conseguir ese fin consciente o inconscientemente, o el aniquilamiento de una de sus partes.
- Simulación Suicida: Es la acción de suicidio que no llega a su fin, por no existir auténtica intención de llegar a él.
- Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que un paciente atente deliberadamente contra su vida, deseo de muerte por considerarla un descanso, amenazas y tentativas suicidas previas.

El parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin intención aparente de matarse. Incluyendo en esta definición las auto laceraciones (como cortes en las muñecas), los auto envenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las quemaduras.

Los principales factores de riesgo previos y demográficos para el suicidio según Beck (2002), son:

Trastornos Psiquiátricos: En más del 90% de los casos existe enfermedad psiquiátrica concomitante. Por orden de frecuencia tenemos:

- Trastornos del Estado de Anímico: Es riesgo de por vida es de un 15-20% siendo mayor en la depresión mayor y los cuadros (alternancia

de periodos con otros de gran vitalidad, hiperactividad psíquica y motora, y ánimo exaltado). Es menos frecuente en la primera etapa de quejas afectivas.

- Abuso de sustancias psicoactivas: Se denominan así porque producen engañosamente una sensación psíquica muy agradable. Concretamente en el alcoholismo, el segundo diagnóstico más frecuente, la tasa de suicidios es del 15%.
- Esquizofrenia: Enfermedad mental caracterizada por una alteración profunda del pensamiento, la afectividad y una percepción desorganizada y alterada de la realidad. Existe un riesgo de un 15%. Se asocia a la actividad alucinatoria (oyen voces que no son reales y que los impulsan al suicidio) y a la depresión. Se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad y asociado a las repetidas agudizaciones de la misma.
- Trastornos de la Personalidad: Como la personalidad borderline, que se caracteriza por una disminución del coeficiente intelectual, depresión y abuso de drogas o alcohol.
- Síndromes Mentales Orgánicos: (10% del número total): donde se incluyen la demencia y la enfermedad de Parkinson, fundamentalmente.
- Historia de los Intentos y Amenazas: entre el 25 y el 50% de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos.
Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.
- Edad: Son grupos de alto riesgo los adolescentes y ancianos.
- Factores Sociales:
 - Estado Civil: Solteros, viudos, separados y divorciados.
 - Soledad: vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.
 - Lugar de residencia: más en el medio urbano.
 - Pérdida del rol o status social, marginalidad reciente.
 - Desempleo o trabajo no cualificado.
 - Problemática social, familiar o laboral grave.
 - Ateos.

- Factores Sanitarios: Aproximadamente en el 50% de los intentos se aprecia enfermedad física, destacando el dolor crónico, las enfermedades crónicas o terminales (cáncer, sida; 4% del total), y las intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes y deformantes.

2.10 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

2.10.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Varios investigadores de la British Medical Journal (1999), señalan que, independientemente de la droga antidepresiva utilizada, casi el 60% de los enfermos con depresión mayor responderá a la medicación inicial. La respuesta se define como un descenso de por lo menos el 50% de los síntomas, lo cual habitualmente se observa entre las primeras 4 a 8 semanas de terapia.

Existe controversia sobre la eficacia de los nuevos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión, en comparación con los antidepresivos tricíclicos. Un meta-análisis reciente (1999) realizado por investigadores de la British Medical Journal (1999), no ha mostrado diferencias significativas entre ambos fármacos en sujetos internados y ambulatorios. Sin embargo, otro estudio sugirió que algunos de los antidepresivos tricíclicos parecían más eficaces que los ISRS en pacientes internados, con la mayor evidencia en relación con la amitriptilina.

Más aún, algunos estudios realizados en pacientes hospitalizados indicaron que la clomipramina puede ser superior al citalopram, paroxetina y moclobemida.

En general, las diferencias en las reacciones adversas y la toxicidad son más importantes que las posibles diferencias clínicas entre los distintos fármacos.

Los antidepresivos tricíclicos son causa de efectos anticolinérgicos periféricos como boca seca, constipación, visión borrosa, así como centrales (alteración en la concentración y confusión).

Los ISRS causan diarrea, náusea, ansiedad, agitación, insomnio y anorexia. Dos meta-análisis recientes (1999) realizados por investigadores de la British Medical Journal, indican que más pacientes abandonaron el tratamiento por efectos adversos asociados con antidepresivos tricíclicos que con ISRS.

Los antidepresivos más nuevos también son causa excepcional de efectos más graves como convulsiones e hiponatremia. Algunas drogas se asocian con efectos adversos específicos como la venlafaxina, que puede generar hipertensión, y la mianserina, que puede producir agranulocitosis. Entre los antidepresivos tricíclicos, la lofepramina presenta la menor toxicidad.

En casos de depresión leve o moderada es menos probable que se toleren las reacciones adversas. Por lo tanto, parecería prudente indicar fármacos menos tóxicos en pacientes con patología de menor gravedad.

Sin embargo, otros aspectos son también de consideración, y en este sentido los autores señalan que la respuesta que ha presentado el enfermo en episodios previos puede ser una guía válida.

Debido al retardo en la respuesta clínica, es difícil establecer la dosis óptima en forma rápida. Los antidepresivos tricíclicos deben comenzarse con dosis bajas y ser aumentados gradualmente.

La mayoría de los ISRS pueden, en cambio, ser administrados en las dosis recomendadas.

Es importante que los pacientes sean evaluados regularmente para valorar la respuesta y la adhesión al tratamiento, y la posible aparición de efectos adversos, así como para identificar el intento de suicidio.

Las concentraciones plasmáticas pueden variar entre 5 y 10 veces entre quienes reciben la misma dosis. Esta variación se explica fundamentalmente por diferencias genéticas en la capacidad metabólica de las enzimas hepáticas citocromo P-450. Algunas muestran, sin embargo, una correlación bastante buena entre los niveles

sanguíneos y el efecto clínico y, en estos casos, puede ser de utilidad el monitoreo plasmático regular.

Cuando no responden al antidepresivo de primera elección, en la dosis adecuada, se debe revalorar la adhesión a la terapia del enfermo y, en caso de que no sea la apropiada, se deberá reconsiderar el diagnóstico y descartar otros trastornos psiquiátricos asociados así como patología somática o alteración de la personalidad. Una vez realizado esto, se puede intentar el cambio a otro antidepresivo o agregarlo al tratamiento previo. El aumento de la dosis debe estar en manos de un especialista.

En caso de decidir el cambio del fármaco, se sugiere elegir una droga con un mecanismo de acción distinto, aunque en algunos casos el cambio por otra droga de igual mecanismo de acción puede ser de utilidad.

Los inhibidores irreversibles y no selectivos de la mono-amino-oxidasa sólo deberían utilizarse en casos especiales debido a la posibilidad de generar efectos adversos graves.

Las drogas que por lo general se agregan a los fármacos antidepresivos son litio, triiodotironina, buspirona, pindolol o, en pacientes que reciben ISRS, compuestos que actúan sobre el sistema noradrenérgico. Sin embargo, cuando se combinan fármacos debe prestarse especial atención a la aparición de efectos adversos. En este grupo se incluye el fluoxetina (prozac), que es uno de los medicamentos más utilizados en la actualidad en el tratamiento de la depresión.

Desde el lanzamiento de la Fluoxetina al mercado, algunos autores han venido haciendo referencia a la importancia de evaluar más a fondo el hecho que bajas dosis del medicamento pueden ser igualmente efectivas a las dosis altas inicialmente recomendadas por estudios basados en el incremento progresivo de las dosis (Wernicke et al., 1988; Beasley et al., 1990; Fava et al., 1992; Claghorn et al., 1996). Se ha propuesto la existencia de una ventana terapéutica para Fluoxetina, considerando que dosis mayores o iguales a 60 mg. /día son menos eficaces que dosis de 20 a 40 mg./día y sin mayor diferencia al placebo (Wernicke et al., 1988 ; Cain, 1992 ; Alan et al., 1993). Incluso, dosis tan bajas como 10 mg. /día han mostrado ser tan eficaces como 20 mg. /día en estudios a corto plazo (6 semanas de duración) (Gram, 1994), contrario a lo

que afirman otros autores (Altamura et al., 1988). Un incremento innecesario de las dosis podría significar tan sólo, según lo anterior, un incremento en los efectos adversos (insomnio, disminución de la libido, ansiedad, extrapiramidalismo). Dornseif et al., mostraron en un estudio prospectivo con Fluoxetina que las dosis de 60 mg. /día no ofrecían ventajas sobre dosis de 20 mg. /día cuando los pacientes no respondían a esta última (50% de reducción de la sintomatología) al cabo de 3 semanas. Todos los anteriores autores citados por (Ferketick, 2000).

En la actualidad el uso del Prozac se ha ido disminuyendo y se ha sustituido por el uso del Efexor (venlafaxina), se ha comprobado que es más eficaz y rápido en el tratamiento de la depresión aún con la asociada a la ansiedad, y causa menos efectos secundarios. Se debe de suspender gradualmente.

El tratamiento debe mantenerse por 4 a 6 meses para evitar recidivas, lo cual parece más probable en presencia de síntomas residuales o en casos de estrés crónico, situaciones en las cuales estaría indicado un tratamiento más prolongado aún.

Todavía no está clara la dosis óptima profiláctica. Se debe prestar especial atención a la administración simultánea de otras drogas metabolizadas por el mismo sistema hepático. Los antidepresivos tricíclicos han sido utilizados eficazmente en el primer trimestre del embarazo y no se han asociado con efectos teratogénicos; a excepción de la doxepina, el tratamiento materno con antidepresivos tricíclicos no parece relacionarse con efectos adversos durante la lactancia. En personas ancianas es preferible la utilización de antidepresivos más nuevos, por la mayor susceptibilidad de estos pacientes a desarrollar efectos anticolinérgicos.

2.10.2 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

a) Terapia Cognoscitiva.

Se dirige al manejo de las distorsiones cognoscitivas que se encuentran presentes en los pacientes deprimidos. Entre estas, se incluye la atención selectiva hacia los aspectos negativos de las circunstancias en torno al paciente y a las inferencias irreales de sus posibles consecuencias.

“Los objetivos de la terapia cognoscitiva son reducir los síntomas depresivos o bien, evitar su reaparición ayudando al paciente a identificar sus pensamientos negativos y a probar que son erróneos. Esto se obtiene al proporcionar alternativas de pensamiento más flexibles y positivas, reforzando así respuestas conductuales adecuadas”.¹⁷

b) Terapia Interpersonal.

“Se enfoca en una o dos áreas problemáticas interpersonales del paciente (conflictos), que estén activas en el momento actual. La intervención debe efectuarse solo si están presentes los siguientes aspectos: primero, que existan posibilidades de que las raíces de los conflictos interpersonales actuales se encuentren en el desarrollo de relaciones tempranas disfuncionales y, en segundo termino, que los conflictos interpersonales estén involucrados en el origen o en el mantenimiento de los síntomas depresivos”.¹⁸

c) Terapia Conductual.

Esta fundamentada en la hipótesis de que “los patrones de conducta desadaptativa que se dan en el paciente deprimido, son producto de que el sujeto recibe poca retroalimentación positiva de su entorno e inclusive algún grado de rechazo social. Al enfocar la terapia a estos patrones desadaptativos, se ayuda al sujeto a modificar actitudes, de tal manera que le permitan funcionar mejor y, por lo tanto recibir un refuerzo positivo de su entorno”.¹⁹

A diferencia de las dos modalidades de terapia previa, la del tipo conductual ha sido poco estudiada, en ensayos clínicos con pacientes deprimidos; sin embargo, existe evidencia de que es útil cuando se aplica en forma adecuada.

¹⁷ FRANK, E. (1993). Efficacy of treatments for major depression. USA. Psychopharmacology. p. 52

¹⁸ Idem. p. 53

¹⁹ Idem. p. 56

d) Terapia Psicoanalítica.

Esta forma de tratamiento se basa en las teorías psicoanalíticas del trastorno depresivo, en términos generales, su objetivo principal es: lograr un cambio en la estructura de personalidad del paciente y no solamente reducir los síntomas. Entre sus metas, está el mejorar la confianza básica, los mecanismos de contención, la capacidad para superar duelos y la habilidad para experimentar una amplia variedad de emociones. En ocasiones, el proceso terapéutico implica la generación temporal de ansiedad y malestar al confrontar al sujeto con su realidad. Por otra parte, esta psicoterapia requiere de que el paciente tenga suficiente capacidad de introspección y por lo general, precisa de un tiempo prolongado.

3. LA ANSIEDAD

Definición.

Según Berlanga (2000) es el aumento de activación, se puede manifestar de diferentes formas como irritabilidad, mala concentración, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora.

Según Solomon y Match (1980) la ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados. Es normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de la vida cambiante rápidamente y que requiere una adaptación continua. Los progenitores y maestros al igual que los psiquiatras concuerdan en que la ansiedad "normal" motiva al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. La ansiedad excesiva, no solo hace infeliz al individuo sino que tiene un efecto negativo sobre su funcionamiento.

La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos.

Que la ansiedad sea normal o anormal depende de su intensidad y duración y de las circunstancias que la causan. En el uso común el miedo y la ansiedad se diferencian con frecuencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad el resultado de causas oscuras e irracionales.

La ansiedad intensa, desorganizada comúnmente se denomina "pánico".

3.1 SINTOMATOLOGÍA.

3.1.1 LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE LA ANSIEDAD.

La característica esencial de la ansiedad "es la anticipación desagradable de alguna clase de desventura, peligro o pérdida. Esta aprensión va acompañada por tirantez, inquietud y la sensación de que debe de hacerse algo. Cuando lo que se teme

sólo se percibe obscuramente o no se percibe, la ansiedad se denomina “libre-flotante”. Si la ansiedad persiste, conduce a un sentimiento de desamparo y al temor al colapso”.

20

La gente ansiosa por lo general tiene sensaciones desagradables en su cuerpo. La mayor parte de ellas pueden ser atribuidas a mecanismos psicofisiológicos; por ejemplo, dolor precordial y sensaciones extravagantes en la cabeza tales como hinchamiento, o sensación o crepitación o de escurrimiento. El individuo ansioso puede o no reconocer que sus síntomas físicos son debido a causas emocionales. Si no lo reconoce, decide en forma característica que está físicamente enfermo y fundamenta en los síntomas la base de su temor y preocupación.

3.1.2 MANIFESTACIONES DE CONDUCTA Y FISIOLÓGICAS.

“La ansiedad a menudo vuelve a una persona hiperalerta, irritable e incierta. Puede inquietarse o permanecer tensa, inmóvil. Puede ser excesivamente dependiente agarrándose a cada palabra del médico, o tan preocupado con sus aflicciones que con dificultad le puede prestar atención. Es factible que hable en exceso. Duerme mal”.²¹

Generalmente el interés y la función sexual están alterados. La ansiedad intensa constriñe el alcance de las actividades cotidianas del individuo y disminuye su productividad en el trabajo. Puede alterar la concentración, la memoria, el raciocinio abstracto, la habilidad para calcular y la eficacia psicomotora.

La ansiedad está asociada con una gran variedad de alteraciones funcionales. Cuando éstas provocan síntomas físicos, son generalmente llamadas alteraciones psicofisiológicas.

Las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad, según Corbella (1990), son las siguientes:

- a) Perspiración excesiva.
- b) Tensión músculo-esquelética: cefalalgia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.

²⁰ CORBELLA, J. Op. Cit.p. 60.

²¹ CORBELLA, J. Op. cit. p. 151.

- c) Respiraciones suspirantes.
- d) Síndrome de hiperventilación: disnea, vértigo, parestesias.
- e) Trastornos funcionales gastrointestinales: dolor abdominal, anorexia, náusea, mal sabor en la boca, distensión, diarrea, constipación, sensación de “vacío” en el estómago.
- f) Irritabilidad cardiovascular: hipertensión sistólica pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, desfallecimiento.
- g) Disfunción genito-urinaria: frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico en las mujeres, frigidez.

3.2 TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Según el DSM-IV (1997), aquí destacan los siguientes trastornos de ansiedad:

- Crisis de Angustia.
- Agorafobia.
- Trastorno de Angustia sin Agorafobia.
- Trastorno de Angustia con Agorafobia.
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
- Fobia Específica (antes fobia simple).
- Fobia Social.
- Trastorno Obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por Estrés Postraumático.
- Trastorno por Estrés Agudo.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias.
- Trastorno de Ansiedad no especificado.

Enseguida se hará una breve descripción de los trastornos de ansiedad:

a) Crisis de Angustia.

Según el DSM-IV (1997), es la aparición temporal y aislada de miedo, malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos.

- a) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- b) Sudoración.
- c) Temblores o sacudidas.
- d) Sensación de atragantarse.
- e) Opresión o malestar torácico.
- f) Náuseas o molestias abdominales.
- g) Inestabilidad, mareo, desmayo.
- h) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- i) Miedo a perder el control o volverse loco.
- j) Miedo a morir.
- k) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- l) Escalofríos o sofocaciones.

b) Agorafobia.

Las características de la Agorafobia según el DSM-IV (1997) son:

- a) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con la situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; para pasar un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.
- b) Estas situaciones se evitan (por ejemplo, se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que

aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

- c) Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

c) Trastorno de Angustia sin Agorafobia.

- Se cumplen 1 y 2:

1.- Crisis de angustia recidivantes

2.- Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
- b) Preocupación por las implicaciones de la crisis y sus consecuencias.
- c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.

- Ausencia de Agorafobia.
- Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

d) Trastorno de Angustia con Agorafobia.

- Se cumplen 1 y 2:

1.- Crisis de angustia inesperadas recidivantes.

2.- Al menos una de las crisis se ha seguido durante un mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

- a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis.
- b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
- c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis.

- Presencia de Agorafobia.
- Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

- Las crisis de angustia no pueden explicarse por la presencia de otro trastorno mental.

e) Agorafobia sin historia de trastorno de Angustia.

- a) Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia.
- b) Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.
- c) El trastorno se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.
- d) Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el criterio (a) es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

f) Fobia Específica.

- a) Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.
- b) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.
- c) La persona reconoce este miedo es excesivo o irracional.
- d) La (s) situación (es) fóbica (s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- e) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la (s) situación (es) temida (s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- f) En los menores de 18 años la duración de los síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- g) La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

g) Fobia Social.

- a) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso.
- b) La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.
- c) El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.
- d) Las situaciones sociales o las actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- e) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuación en público temidas interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.
- f) En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- g) El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- h) Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio (a) no se relaciona con estos procesos.

h) Trastorno obsesivo-compulsivo.

1.- Se cumplen para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por: a, b, c y d:

- a) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos.
- b) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- c) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

d) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por a y b:

a) Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta de una obsesión o un arreglo a ciertas reglas que deben seguir estrictamente.

b) El objetivo de estos comportamiento u operaciones mentales es la prevención de algún acontecimiento o situación negativos, sin embargo, estos comportamiento su operaciones mentales, o bien, no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

2.- En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

3.- Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.

4.- Si hay otro trastorno del eje i, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.

5.- El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

i) Trastorno por estrés postraumático.

1.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido a y b:

a) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

b) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

2.- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- a) Recuerdos del acontecimiento traumático recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- b) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- c) El individuo actúa o tiene sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.
- d) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- e) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

3.- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas:

- a) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- b) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- c) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- d) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- e) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- f) Restricción de la vida afectiva.
- g) Sensación de un futuro desolador.

4.- Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- a) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- b) Irritabilidad o ataques de ira.
- c) Dificultades para concentrarse.
- d) Hipervigilancia.
- e) Respuestas exageradas de sobresalto.

5.- Estas alteraciones (síntomas de los criterios 2,3, y 4) se prolongan más de un mes.

6.- Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo.

j) Trastorno por estrés agudo.

1.- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido a y b:

- a) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- b) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

2.- Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres o más de los siguientes síntomas:

- a) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
- b) Reducción del conocimiento de su entorno.
- c) Desrealización.
- d) Despersonalización
- e) Amnesia disociativa.

3.- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas tres formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia y malestar de exponerse o objetos o situaciones que le recuerdan el evento traumático.

4.- Evitación acusada de estímulos que le recuerdan el trauma.

5.- Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (dificultades para dormir, irritabilidad, inquietud motora, etc.).

6.- Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables.

7.- Estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

8.- Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los ejes I y II.

k) Trastorno de Ansiedad Generalizada.

- 1.- Ansiedad y preocupación excesivas, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de 6 meses.
- 2.- Al individuo les resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- 3.- La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).
 - a) Inquietud o impaciencia.
 - b) Fatigabilidad fácil.
 - c) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - d) Irritabilidad.
 - e) Tensión muscular.
 - f) Alteraciones del sueño.
- 4.- El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I. -
- 5.- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- 6.- Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

l) Trastorno de Ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica).

- 1.- La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

2.- A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

3.- Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.

4.- Estas alteraciones no parecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

5.- Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

m) Trastorno de la Ansiedad inducido por Sustancias.

1.- La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

2.- A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que a y b:

a) Los síntomas del criterio 1 aparecen durante la intoxicación o abstinencia en el primer mes siguiente.

b) El consumo del medicamento esta relacionado etiológicamente con la alteración.

3.- La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias.

4.- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del delirium.

5.- La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

n) Trastorno de Ansiedad no especificado.

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

3.3 CLASIFICACION.

Es útil distinguir la ansiedad aguda de las forma menos dramáticas de ansiedad crónica persistente.

a) **Ansiedad aguda (ataque de ansiedad).**

“El paciente comienza por sentirse muy enfermo y atemorizado durante el lapso de unos cuantos minutos u horas. El puede reconocer que esta teniendo una experiencia emocional, pero más comúnmente no sabe que es lo que anda mal, presupone que su cuerpo ha sufrido alguna catástrofe como un ataque cardiaco. Los síntomas físicos son generalmente los de la queja actual (en especial disnea, palpitaciones dolor en el pecho o abdominal, desmayo, temblor o parestesias)”.²²

En el examen físico se encuentra por lo general, inquietud, respiración suspirante o respiración rápida, taquicardia, perspiración excesiva, reflejos tendinosos profundos hiperactivos e hipertensión sistólica.

Los familiares o amigos conocen a menudo cual fue el evento desencadenante aunque quizá el paciente no lo conozca. Es útil, por lo tanto, hablarle a alguien además del paciente presuponiendo que el conceda la autorización. Si no la concede, a menudo significa que tiene idea de lo que anda mal, y la discusión acerca de consultar con otros informantes proporciona al terapeuta una buena oportunidad para hacer que se explye.

b) **Ansiedad crónica:**

“El paciente ansioso crónico generalmente establece el diagnóstico por sí mismo quejándose de que esta nervioso, preocupado todo el tiempo, asustadizo, cansado e incapaz de descansar o de dormir debidamente. Puede reconocer que esta irritable pero el impacto más espectacular de su irritabilidad sea probablemente en aquellos que lo rodean. La relación de sí mismo, generalmente se haya confirmada por su conducta inquieta, tensa, la dificultad de mantenerse al limite, y sus quejas acerca de achaques

²² BERLANGA, C. (2001). Manejo psicoterapéutico de la ansiedad y la depresión. Br. J. Psychiatry. p. 6

físicos sin enfermedad orgánica aparente. Las quejas físicas más comunes son cefalgias de tensión, trastornos gastrointestinales y fatiga”.²³

En el examen físico puede poner de manifiesto los mismos signos que el examen del ansioso agudo, pero por lo general, son poco acentuados. Cuando los signos de ansiedad se hallan presentes pudiera deberse a que el examen físico ha provocado un traslapo de ansiedad aguda.

El diagnóstico de ansiedad crónica es más difícil cuando el paciente no sabe que se halla emocionalmente trastornado y solamente se queja de la sintomatología física. En tal caso el diagnóstico puede establecerse sólo después de una labor médica lo suficientemente completa como para descartar los trastornos físicos primarios que ocasionan síntomas semejantes.

Según Hamilton (2000) existen dos tipos más de ansiedad, los cuales se definen a continuación:

a) Ansiedad Somática.

Es aquella en la cual se presentan concomitantes fisiológicos de la ansiedad como lo son: la hiperactividad autonómica, indigestión dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, dolor se cabeza, urgencia en la micción y síntomas de pánico.

b) Ansiedad Psíquica.

En este tipo de ansiedad, la persona se siente tensa, es incapaz de relajarse, esta irritable, se preocupa de aspectos triviales, presenta síntomas fóbicos, la persona es muy aprensiva y tiene miedo de perder el control, puede presentar episodios de pánico.

²³ BERLANGA, C. Op. cit. p. 6

3.4 ANSIEDAD PATOLOGICA.

Según Berlanga (2000), la ansiedad se considera como patológica cuando:

- 1.- Parece ser desencadenada por algún acontecimiento menor u ocurre sin causa conocida.
- 2.- Cuando es extraordinariamente intensa y persistente.

La persistencia de la ansiedad es evidencia de que la misma ya no sirve más como señal de peligro sino que se ha convertido en un peligro y en una carga por sí misma.

Existen diferencias constitucionales en la tendencia a convertirse en ansioso, las amplias diferencias observadas en la reactividad neurovegetativa y otras medidas del temperamento en los recién nacidos deben tener una base genética o, al menos congénita. Además cada adulto tiene su propia historia de experiencias diferentes.

La teoría psiquiátrica dinámica sostiene que a un individuo se le puede volver ansioso con toda clase de estímulos sin que se percate de ello.

Tanto el impulso sexual como la conciencia opositora son procesos mentales, y se hallan en conflicto uno con el otro. Si se halla ausente ya sea el deseo o las prohibiciones de la conciencia, no ocurre la ansiedad.

Según la teoría psicoanalítica (Freud, 1937), citado por Baron (1985) un conflicto constante entre la tentación interna y las prohibiciones internas constituye la explicación fundamental de la patología crónica de la ansiedad. La teoría psicoanalítica afirma aún más que si el paciente ansioso fuera hecho consciente de este conflicto y fuera capaz de resolverlo por medio de una decisión consciente, disminuiría la ansiedad aún cuando él permaneciese desdichado.

La ansiedad es provocada no tanto por la falta de satisfacción de instintos sexuales o agresivos sino por el conflicto continuo entre ellos. La privación ocasiona desdicha, pero es el conflicto el que provoca la ansiedad.

Un teorizador pavloviano (citado por Baron 1985), ofrecería una explicación diferente al origen de la ansiedad, por ejemplo; la ansiedad provocada por el perfume cuando se convierte en un estímulo condicionado de la ansiedad. Quizá el perfume esté asociado en la mente del sujeto con una mujer, la cual en el pasado le ha servido repetidamente como un estímulo no condicionado para la producción de ansiedad. La historia condicionante es considerada crucial, y los motivos conflictivos, inclusive si se encuentran presentes, son considerados como inaplicables.

El paciente se vuelve ansioso por reacciones desconocidas; la ansiedad produce síntomas físicos atemorizantes; el temor produce síntomas físicos constantes; y se cierra el círculo. La importancia clínica de entender este proceso es obvia; ya que en las reacciones de ansiedad leve el ciclo puede interrumpirse si se convence al paciente de que sus síntomas físicos son benignos.

La ansiedad ocupa un lugar central en la teoría psicoanalítica de la neurosis. Se dice que cuando las demandas del id chocan con las del superego, la ansiedad resultante desencadena las operaciones defensivas del ego. Algunas defensas, tales como la sublimación y la represión, controlan las demandas del id en forma relativamente saludable. Las defensas menos adaptables tales como la negación y la transferencia conducen a la formación de síntomas neuróticos. Cuando los mecanismos de defensa son puestos en acción sin alguna apreciación consciente de ansiedad, se dice que la ansiedad sirve como señal preconscious o inconsciente de peligro (ansiedad inconsciente).

Los factores culturales son importantes en la producción de ansiedad. Los valores recibidos, las instituciones educacionales y religiosas, el marco legal y el propio grado de integración socio-cultural del individuo, todos contribuyen a determinar la frecuencia de culpa y de la conducta buscadora de metas mutuamente exclusivas (conflicto) que ocasiona ansiedad.

3.5 TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD.

3.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Los ansiolíticos son un tipo de fármacos que “reducen los síntomas de ansiedad rápidamente, lo cuál resulta muy útil en el tratamiento del ataque de pánico, o las

obsesiones”²⁴. Ahora bien, con ellos no se aprende a controlar la ansiedad, por lo que, si se utilizan solos, no suelen curar el trastorno. Son útiles en caso de reacciones intensas, no controlables, pero hay que sustituirlos, poco a poco, por el autocontrol; de lo contrario, suelen degenerar en una adicción a este tipo de fármacos.

Con muchísima frecuencia, encontramos personas que llevan muchos años tomando ansiolíticos (siete años, diez años, por ejemplo), sin que hayan resuelto su problema de ansiedad y sin que puedan dejar de consumir estos fármacos.

Sin embargo, en ocasiones el tratamiento farmacológico es necesario, pero se debe acompañar de un entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales (técnicas cognitivas, técnicas de relajación de la activación fisiológica y técnicas centradas en la conducta).

El tratamiento farmacológico debe estar prescrito y revisado (cada mes, o dos meses) por un especialista en farmacología, por ejemplo, un psiquiatra. Debe evitarse la automedicación, o la auto-experimentación, o el abandono del fármaco por decisión propia, tampoco debe tomarse el fármaco en función de nuestro estado de ánimo, o decidir las cantidades a tomar según nos encontremos, etc.

Este tratamiento farmacológico debe estar siempre acompañado por un tratamiento de tipo psicológico, que debe incluir las técnicas ya mencionadas de entrenamiento en control de ansiedad.

3.5.2 TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA.

Según Weissman (1983), dentro de los trastornos de ansiedad generalizada, se utilizan diversos tipos de manejos psicoterapéuticos, entre los que se incluyen el entrenamiento en técnicas de relajación, la psicoterapia interpersonal y la terapia cognoscitivo-conductual.

²⁴ JAMES, D. (2000). Tratamiento farmacológico de la ansiedad. México. Internet. <http://ansiedadtfarma.co.html>

En conjunto estos manejos terapéuticos han demostrado que si bien su eficacia es limitada, suelen reducir adecuadamente la mayor parte de los síntomas de ansiedad y mantienen esta respuesta parcial a lo largo del tiempo.

Según los resultados de diversos estudios, por medio de estas intervenciones psicoterapéuticas se reduce aproximadamente el 50% de los síntomas somáticos de la ansiedad y el 25% de las actitudes de preocupación excesiva.

Al comparar los distintos modelos de tratamiento, tanto la terapia cognoscitiva como la cognoscitiva-conductual, han demostrado producir un mayor grado de mejoría sintomática en comparación, por ejemplo con procedimientos psicoanalíticos. Estos resultados también han sido similares al compara la terapia cognoscitiva con procedimientos de psicoterapia individual.

Respecto a la comparación entre intervenciones psicológicas y farmacológicas, se ha encontrado que aunque en las primeras etapas del tratamiento los fármacos son definitivamente superiores a las intervenciones psicoterapéuticas, con el avance del tiempo la eficacia de la psicoterapia se incrementa.

En resumen, a pesar de que las investigaciones al respecto, sugieren que de manera global, los tratamientos psicoterapéuticos son efectivos para el manejo de la ansiedad generalizada, es evidente que algunos pacientes se benefician más que otros. La causa aún no esta claramente explicada, pero, se piensa que tiene que ver entre otros, con aspectos como duración de la enfermedad, presencia de otros padecimientos concomitantes y antecedentes de tratamiento previos ineficaces o infructuosos.

a) Técnicas cognitivas.

“Son una serie de técnicas psicológicas en las que hay que comenzar por dar información sobre el trastorno, su curación, etc. Se basan en el entrenamiento del individuo en técnicas que mejoran su capacidad de auto-observación y auto-corrección de sus pensamientos, su conducta y sus emociones”.²⁵

²⁵ WEISSMAN, J. (1983). *Interpersonal psychotherapy of anxiety*. USA. Basic Books. p. 189.

Algunas entrenan al individuo a interpretar situaciones de una manera menos amenazante (menos ansiógena).

Otras entrenan a las personas en habilidades especiales, como la solución de problemas, la toma de decisiones, etc.

Otras técnicas cognitivas enseñan a identificar pensamientos negativos, errores en la interpretación de la realidad, tendencias individuales que generan ansiedad, etc., para después enseñar a cambiar estas tendencias o procesos.

b) Técnicas de relajación de la actividad fisiológica.

“Enseñan a las personas a relajarse, disminuir la activación fisiológica, soltar los músculos, respirar correctamente, imaginar, etc. Hay que practicarlas todos los días. Existen diversos tipo de técnicas de relajación: muscular progresiva, respiración, imaginación, etc.”²⁶

c) Las técnicas centradas en la conducta.

“Resaltan la necesidad de exponerse a las situaciones temidas, acercándose a los estímulos que provocan la ansiedad (bajo situación de control), todo ello bajo el principio de aproximaciones sucesivas (poco a poco) y el principio del refuerzo (es importante premiarse por los éxitos, y corregir ante los fracasos, en lugar de castigarse). Además, algunas técnicas enseñan al sujeto habilidades personales o sociales para enfrentarse mejor a las situaciones ansiógenas”.²⁷

²⁶ Idem. p. 191

²⁷ WEISSMAN, J. (1983). Op. cit. p.189.

CAPITULO II

METODOLOGIA

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar la influencia del insomnio en el estado de ánimo de los adultos.

2.2 OBJETIVOS PARTICULARES:

- e) Conocer que relación existe entre el insomnio y la presencia del estado de ánimo depresivo en los adultos.
- f) Comprobar si existe alguna relación entre el insomnio y la presencia de ansiedad en los adultos.
- g) Lograr que la presente investigación sirva de precursor a posteriores investigaciones sobre el tema dentro de la unidad operativa UVAQ.
- h) Proponer la presente investigación como material de apoyo a conferencistas de la unidad operativa UVAQ.

2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Contando ya, con los fundamentos teóricos del tema de investigación, así como con sus objetivos y justificación, el planteamiento del problema es el siguiente:

¿Cuál es la influencia del insomnio en el estado de ánimo depresivo en los adultos?

2.4 HIPOTESIS.

HO1. El insomnio no está relacionado significativamente con el estado de ánimo depresivo en los adultos.

HI1. El insomnio está relacionado significativamente con el estado de ánimo depresivo en los adultos.

HO2. El insomnio no está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

HI2. El insomnio está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

2.5 VARIABLES.

2.5.1 Identificación de Variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

VI1: El Insomnio

VARIABLES DEPENDIENTES.

VD1: El estado de ánimo depresivo

VD2: Ansiedad

2.5.2 Definición de Variables.

VI1. El Insomnio

Es la reducción de la capacidad de dormir como consecuencia de factores psicológicos, biológicos y/o ambientales.

Para su medición se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton, la Historia Clínica Médica y la Entrevista, previo diagnóstico médico de insomnio.

VD1. El estado de ánimo depresivo

Es aquel en donde se presentan todos o algunos de los siguientes síntomas: apatía, pérdida de interés en actividades placenteras, disminución del rendimiento en el trabajo o labores de la casa, tenso, irritable, pérdida de apetito, cansancio.

Para su medición se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton, su objetivo primordial es generar un índice numérico de severidad de la depresión, con fines comparativos o de identificación. La escala presenta una serie de reactivos que corresponden a los principales síntomas del estado depresivo, para que el entrevistador recabe la información de cada uno de estos síntomas y le asigne de acuerdo a su criterio el grado de severidad o bien, la ausencia a presencia de este estado.

VD2: Ansiedad

Es el aumento de activación, se puede manifestar de diferentes formas, como irritabilidad, mala concentración, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora.

Para su medición también se utilizó la Escala de Depresión de Hamilton, ya que también cuenta con ciertos reactivos específicos para diagnosticar la presencia de ansiedad.

2.6 TIPO DE INVESTIGACION.

De acuerdo con Navarrete (1997), el presente es, un estudio cuantitativo ya que se estableció un problema y se plantearon hipótesis de trabajo las cuales contienen las variables con las que se tratará de explicar el problema de investigación.

Esta investigación es un experimento de campo, porque se llevo a cabo en el lugar donde ocurre el fenómeno.

2.7 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de esta investigación es de una sola muestra, ya que el estudio se realizó a un determinado número de personas que cumplen con ciertas características relevantes para esta.

También es una investigación causal comparativa, ya que analiza posibles relaciones de causa y efecto por la observación de una consecuencia existente y buscando información para factores causales admisibles. Es de naturaleza ex-post-facto; lo cual significa que la información se recolecta después de que el evento ha ocurrido y examina la información por medio del pasado buscando causas, relaciones y sus significados.

2.8 SUJETOS.

Hombres y mujeres con un rango de edad que va de los 19 a los 40 años, que son pacientes de consulta externa del Sanatorio de "La Luz", de Morelia Michoacán.

2.9 MUESTREO.

La muestra es no probabilística y esta conformada por 72 hombres y mujeres de clase media, de un rango de edad que va de 19 a 40 años, que son pacientes de consulta externa del Sanatorio de "La Luz", de Morelia, Michoacán. De los cuales 44 son mujeres y 28 son hombres.

En este tipo de muestras la elección de los elementos no se realiza al azar, por lo que los datos obtenidos a partir de esta muestra no podrán ser generalizados. Este tipo de muestreo tiene varias clasificaciones la que se utilizará en este caso será: el muestreo intencional que es aquel en el que la muestra se elige de acuerdo a los intereses del investigador buscando a aquellos elementos que proporcionen mayor información.

Los criterios de Inclusión son los siguientes:

- 1) Que ya tengan hecho el diagnóstico médico de insomnio
- 2) Que no tengan diagnosticado médica o psicológicamente estado de ánimo de depresivo.
- 3) Que no tengan diagnosticado médica o psicológicamente algún trastorno de ansiedad.
- 4) Que tengan entre 19 y 40 años.

2.10 INSTRUMENTOS.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Escalas de Depresión de Hamilton
- Historia Clínica Médica
- Entrevista

2.11 DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS.

a) Escala de Depresión Hamilton.

Se considera como un instrumento clinimétrico en psiquiatría, su objetivo primordial es el generar un índice numérico de severidad de la depresión, con fines comparativos o de identificación. La escala presenta una serie de reactivos que corresponden a los principales síntomas del estado depresivo, para que el entrevistador recabe la información de cada uno de estos síntomas y le asigne de acuerdo a su criterio el grado de severidad o bien, la ausencia o presencia de este estado. En esta escala también se incluyen algunos reactivos que corresponden al insomnio y a la ansiedad (ver anexo I).

El instrumento es por tanto una escala de síntomas, que se aplica por un entrevistador, quien debe tener entrenamiento para emitir un juicio acerca de los síntomas que presenta el sujeto al cual se aplica la escala. La graduación de la severidad de los reactivos es variable y va de 0 a 2 puntos en algunos y de 0 a 4 en otros. El entrevistador obtiene la información de cada uno de los reactivos y los califica de

manera individual. Al término de la aplicación se suman las puntuaciones individuales y se obtiene una calificación total. La calificación global reflejará la severidad total, de los diferentes estados que califica, (depresión, insomnio, ansiedad).

No existe un punto de corte específico y aplicable en forma generalizada para determinar el criterio de severidad con toda precisión. Esta graduación o punto de corte deberá establecerse por cada observador, para los fines específicos para los que se vaya a aplicar la escala.

La Escala de Depresión de Hamilton esta compuesta por las siguientes subescalas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio inicial, insomnio intermedio, insomnio final, trabajo e intereses, retardo, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, perdida de apetito, anergia, perdida de la libido, hipocondriasis, perdida de peso, introspección, variaciones diurnas, despersonalización y desrealización, síntomas paranoides y síntomas obsesivo-compulsivos, de las cuales el sujeto, dependiendo de la subescala califica cada reactivo del 0 al 4.

Posteriormente el entrevistador califica e interpreta la prueba en base a una escala estandarizada, la cual da un diagnóstico de, Depresión Leve si tiene entre 10 y 18 puntos, Depresión Moderada si tiene entre 19 y 25 puntos y Depresión Severa si tiene de 26 puntos en adelante; además de que se puede interpretar de manera independiente cada subescala.

Además de que se pueden interpretar de manera independiente cada subescala, como lo son el insomnio con: 0 puntos ausente, 1 punto dudoso, 2 puntos leve, 3 puntos moderado, 4 puntos severo, 5 puntos muy grave y 6 puntos extraordinario y la ansiedad con 0 puntos dudoso, 1 punto dudoso, 2 puntos leve, 3 puntos moderado y 4 puntos severo.

Es importante mencionar que se cancelaron ciertos reactivos de la Escala de Depresión de Hamilton, tomando en cuenta solamente aquellos de interés y trascendencia para la realización de esta investigación.

Los reactivos que integran esta prueba son:

Animo Depresivo: tristeza, desesperanza, pesimismo, autodevaluación, actitud, posturas, voz, llanto, expresión facial, esto se mide con la siguiente escala:

0 = Ausente

1 = Dudoso o trivial: la evidencia conductual o verbal aparece sólo al momento de preguntar específicamente.

2 = Leve: llanto ocasional, sentimientos de tristeza que aparecen solo al momento del interrogatorio.

3 = Moderado: evidencia conductual obvia, llanto frecuente y las quejas de depresión aparecen por medio de comunicación espontánea.

4 = Severo: exhibe virtualmente sólo estos sentimientos depresivos, de manera espontánea en forma tanto verbal como no verbal.

- Sentimientos de Culpa: culpabilidad patológica y no solo autoculparse, para su medición se utiliza la siguiente escala:

0 = Ausente

1 = Dudoso o trivial: sentimientos de auto-reproche.

2 = Leve: ideas de culpa expresadas espontáneamente.

3 = Moderado: Creencias de que la enfermedad puede ser un castigo, rumiaciones sobre errores pasados, considera que la enfermedad y el sufrimiento son merecidos.

4 = Severo: delirios de culpa, se acusa a sí mismo de culpas extrañas o imposibles, pide que lo maten debido a pensamientos delirantes, puede tener alucinaciones auditivas o visuales que lo denuncian o acusan, convencido de que su presencia genera enfermedades en otros.

- Suicidio: ideas o actitudes durante la última semana, se utiliza la siguiente escala para calificar este punto:

0 = Ausente

1 = Dudoso o Trivial: respondiendo a cuestionamiento directo menciona que su vida está vacía o que no tiene sentido vivirla.

2 = Leve: pensamientos recurrentes de muerte, deseos de morir que se expresan espontáneamente o bien por interrogatorio.

3 = Moderado: incluye 2 de los siguientes aspectos en conjunto con pensamientos suicidas o actitud indicativa de los mismos: aislamiento, gestos suicidas, amenazas o discusiones con otras personas.

4 = Severo: intento de suicidio.

- Insomnio Inicial: dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse, el cual se mide con la siguiente escala:

0 = Ausente

1 = Leve, trivial, infrecuente: tarda menos de 30 minutos.

2 = Obvio y severo: más de 30 minutos la mayoría de las noches.

- Insomnio Intermedio: dificultad para mantener el sueño, este se mide con la siguiente escala.

0 = Ausente

1 = Leve o infrecuente: se queja de estar inquieto durante la noche, si se levanta al baño tarda mucho en volverse a dormir.

2 = Obvio y severo: la persona se despierta más de una vez a lo largo de la noche después de haber iniciado el sueño y tiene grandes dificultades para volver a dormir. Si tiene que levantarse de la cama (sin que sea para ir al baño) y se pone a leer y a fumar se debe calificar como 2.

- Insomnio Final: despertar temprano, antes de lo habitual, el cual se mide con la siguiente escala.

0 = Ausente

1 = Leve o infrecuente: se despierta antes de lo habitual, pero con frecuencia vuelve a dormir hasta más tarde.

2 = Obvio y severo: despierta 1-3 horas antes de lo habitual y no vuelve a conciliar el sueño.

Es importante mencionar que para codificar la puntuación de los tres reactivos anteriores referentes a insomnio se hizo la suma de las respuestas de cada paciente en las tres preguntas, obteniendo hasta una puntuación de 5 como muy grave y 6 como extraordinario o extremo.

- Trabajo e Intereses: apatía, pérdida de interés en actividades placenteras, incapacidad de obtener satisfacción, disminuye su rendimiento en el trabajo o en las labores de la casa. NO considerar en este reactivo fatiga o poca energía.
 - 0 = Sin alteraciones.
 - 1 = Dudoso o trivial: se siente incapaz, poco eficiente.
 - 2 = Leve: tiene que esforzarse para realizar actividades habituales, no tiene intereses, obtiene pocas satisfacciones.
 - 3 = Moderado: disminución clara de su eficiencia, no cumple con el trabajo, disminuye su horario laboral, distracciones y actividades recreativas. Califique tres si el paciente no se involucra espontáneamente en actividades cotidianas.
 - 4 = Severo: dejó de trabajar por la enfermedad, no se baña ni atiende su arreglo personal, etc. No se involucra en actividades a pesar de que sea motivado por otras personas.

- Retardo: psicomotor, lentitud en pensamiento, lenguaje y movimientos, debe calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente.
 - 0 = Ausente.
 - 1 = Leve: leve aplanamiento afectivo, poco expresivo.
 - 2 = Moderado: voz monótona, tarda en contestar, se mueve poco.
 - 3 = Severo: retardo, prolonga la entrevista marcadamente, lentitud en movimientos, tarda excesivamente en contestar.
 - 4 = Extremo: estupor depresivo, entrevistarle es imposible.

- Agitación: esta puede ser psicomotora, en formas leves puede presentarse combinado con leve retardo, puede coexistir agitación motora y retardo en el lenguaje, debe calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente. Se califica con la siguiente escala:
 - 0 = Ausente
 - 1 = Leve: se mueve durante la entrevista, frotado de manos, cambios de posición en la silla.
 - 2 = Moderado: fricción exagerada de manos, se muerde los labios, se arranca el cabello, se levanta a caminar durante la entrevista.
 - 3 = Severo: incluye los elementos del 2 más inquietud extrema que no permiten dar continuidad a la entrevista.

- **Ansiedad Psíquica:** tenso, incapaz de relajarse, irritable, se preocupa de aspectos triviales, síntomas fóbicos, aprensivo, miedo a perder el control, episodios de pánico.

0 = Ausente

1 = Dudoso o trivial: expresa sensaciones sólo al interrogatorio directo, pocos síntomas y poco frecuentes.

2 = Leve: expresa espontáneamente ansiedad y condiciones relacionadas a ella, buen control y no lo incapacitan.

3 = Moderada: evidencia conductual de ansiedad (distinguir de agitación), expresión espontánea de ansiedad en cantidad significativa o en frecuencia.

4 = Severo: la expresión de la ansiedad incluye gran parte de la comunicación verbal y no verbal, se pueden observar episodios de pánico.

- **Ansiedad Somática:** concomitantes fisiológicos de la ansiedad como hiperactividad autonómica, indigestión, dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, cefalea, urgencia de la micción, y síntomas de pánico. Para su medición se utiliza la siguiente escala:

0 = Ausente

1 = Dudoso o trivial: síntomas menores, y sólo expresados bajo cuestionamiento.

2 = Leve: describe espontáneamente los síntomas, los cuales no son marcados o incapacitantes.

3 = Moderado: mayor número y frecuencia de síntomas que en el 2, se acompañan de molestias por presentarlos y afectan al funcionamiento habitual.

4 = Severo: los síntomas son numerosos, persistentes e incapacitantes.

- **Perdida de Apetito:**

0 = Ausente.

1 = Leve: poco frecuente, come sin la insistencia de otros. Cantidad normal.

2 = Obvio y severo: reducción marcada del apetito, dificultad para comer sin la insistencia de los demás, reduce la cantidad normal de alimentos.

- **Anergía:** fatiga, se siente cansado y exhausto, pérdida de la energía, pesado, sin fuerza en brazos y piernas.
 0 = Ausente.
 1 = Leve: poco frecuente, lo nota pero no demasiado marcado.
 2 = Obvio y severo: se cansa fácilmente, fatiga la mayor parte del tiempo, lo menciona de manera espontánea.

- **Pérdida de la Libido:** califique solamente los cambios relacionados con la enfermedad.
 0 = Ausente.
 1 = Leve o infrecuente: baja del deseo sexual, incapacidad parcial para el desempeño de la actividad sexual.
 2 = Obvio y severo: pérdida completa del deseo sexual.

- **Hipocondriasis:** preocupaciones exageradas en relación a síntomas o funciones físicas.
 0 = Ausente.
 1 = Leve: ciertas preocupaciones por síntomas corporales, calificar aquí si son triviales o dudosamente patológicos.
 2 = Moderado: presta mucha atención a síntomas corporales. Expresa pensamientos alrededor de enfermedades físicas con una tendencia a somatizar.
 3 = Severo: convencido de que existe una enfermedad orgánica que explica su condición actual. (p. ej.: cáncer, tumor cerebral, etc.), en ausencia de evidencia real para ello.
 4 = Extremo: delirio hipocondriaco, comúnmente asociado a sentimientos inapropiados de culpa (p. ej.: sífilis, sida, gusanos en la cabeza, podrido por dentro, infecta a otras personas, etc.).

- **Pérdida de peso:** (deberá evaluarse a) por historia desde que comenzó la enfermedad, o b) por cuantificación desde la última visita).
 a)
 0 = Sin pérdida de peso, según el paciente.
 1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.

2 = Pérdida de peso definitiva, según el paciente.

b)

0 = Pérdida menor a 0.5 kgs. de peso en el periodo evaluado.

1 = Más de 0.5 kgs. de peso.

2 = Más de 1kg. de peso.

- Introspección: niega enfermedad “nerviosa”, atribuye la enfermedad a virus, exceso de trabajo, clima, enfermedad física, no reconoce los síntomas como de origen emocional.

0 = Ausente.

1 = Leve o dudoso: cierta negación.

2 = Obvio y severo: niega por completo estar enfermo, calificar aquí a los pacientes delirantes con hipocondriasis o con culpabilidad.

- Variaciones diurnas: complete de acuerdo a si los síntomas son más severos en las mañanas o en las tardes.

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Obvio.

* 1= peor por las mañanas.

2= peor por las tardes.

Anotar pero no contabilizar.

- Despersonalización y desrealización: sentimiento de irrealidad o ideas nihilistas.

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Moderado.

3 = Severo.

4 = Extremo.

- Síntomas paranoides: sospecha de que le quieren hacer daño, que lo persiguen, etc.
 0 = Ausente.
 1 = Leve: ciertas sospechas dudosas.
 2 = Moderado: evidencia clara de suspicacia.
 3 = Severo: presencia de ideas definitivas de referencia.
 4 = Extremo: delirios de referencia y/o persecución.

- Síntomas obsesivo-compulsivos:
 0 = Ausente.
 1 = Leve.
 2 = Moderado.

b) Historia Clínica Médica.

La Historia Clínica Médica según el Dr. Bobadilla (2002), es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

La Historia Clínica Médica también es un elemento que sirve como criterio de calidad de los cuidados médicos, de la correcta asistencia facultativa y puede ser utilizada como prueba técnica. Es el registro formal y único de la atención brindada por el médico, es inmodificable, y es una prueba veraz, imparcial y válida para la justicia.

En esta investigación la Historia Clínica Médica se utilizará como instrumento de comprobación del diagnóstico, ya que en esta investigación se busca trabajar con pacientes que tengan ya, como diagnóstico el insomnio, sin tener ninguna otra patología que pueda ser la causa de este padecimiento. La Historia Clínica con la que se trabajará en esta investigación es la utilizada en el Sanatorio de la Luz, con cada paciente que ingresa a este (ver anexo II).

Los reactivos que incluye esta Historia Clínica son los siguientes:

- No. de Registro
- Nombre del enfermo
- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Lugar de nacimiento
- Residencia
- Dirección
- Fecha de admisión
- Fecha de baja
- Diagnóstico

• Antecedentes: aquí se incluyen los antecedentes familiares incluyendo: tuberculosis, carcinoma, alcoholismo, diabetes, obesidad, alergia, hipertensión, padecimientos mentales o nerviosos y otros.

También se incluyen los antecedentes personales que son: alcoholismo, tabaquismo, drogas tóxicas, infectos contagiosos de la infancia, tuberculosis, enfermedades venéreas, salmonelosis, tifo, neumonías, otras infecciones, paludismo, parasitosis intestinales, disenterías, alergia, padecimientos articulares, operaciones, traumatismos, otros padecimientos, ginecológicos y obstétricos, pérdida del conocimiento y convulsiones, hábitos de vida, desarrollo somático y mental, intolerancia a medicamentos.

- Alimentación (si es suficiente en cantidad y en calidad).
- Padecimiento Actual (motivo de consulta).
- Síntomas Generales (fiebre, pérdida de peso, etc.).
- Aparatos y Sistemas:

Digestivo: (anorexia, disfagia, pirosis, náusea y vómito, dolor, alteraciones del tránsito intestinal, caracteres de las evacuaciones, ictericia, otros síntomas).

Circulatorio: (disnea, dolor, palpitaciones, edema, fenómenos vasculares periféricos).

Respiratorio: (tos, expectoración, hemoptisis, dolor, disnea, cianosis, disfonía).

Urinario: (diuresis en 24 hrs., caracteres de la micción, caracteres de la orina, hematuria, dolor).

Genital: (reglas, sangrados anormales, leucorrea, menopausia, masturbaciones sexuales).

Nervioso: (parálisis, parestias, alteraciones de la sensibilidad, cefaleas, movimientos anormales, órganos de los sentidos).

Endocrino: (diabetes, otros datos).

Hematopéyico: (manifestaciones de anémia, tendencia hemorrágica, adenopatía y esplenomegalia).

Osteomuscular: (dolor, deformaciones, limitación funcional).

Psicosomático: (personalidad, sueño, tensión nerviosa, excitabilidad, depresión, ansiedad, memoria).

- Diagnósticos Anteriores: (cual fue la terapéutica empleada).
- Exploración Física: (peso actual, peso anterior<1 año>, peso máximo, peso ideal, estatura, pulso, temperatura, respiración, tensión arterial, inspección general).
- Exploración Regional:

Cabeza: (forma y volumen del cráneo, pelo, piel, ojos, conjuntivas, pupilas, reflejos, fondo del ojo, encías, dientes, lengua, faringe, amígdalas, otros datos).

Cuello: (forma y volumen, vasos, tiroides, ganglios, otros datos).

Tórax: (forma y volumen, glándulas mamarias, región precordial <inspección, palpación, auscultación, percusión>, respiratorio <inspección, palpación, percusión y auscultación>, otros datos).

Abdomen: (forma y volumen, pared, cicatriz umbilical, circulación colateral, dolor, hígado, bazo, colón, otros órganos, tumores, ascitis, conductos inguinales, genitales, tacto rectal, tacto vaginal, otros datos).

Dorso y extremidades: (columna, vasos, ganglios linfáticos, piel, faneras, articulaciones, huesos, músculos, reflejos <rotuliano, aquilino, bicipital, tricipital, plantar, otros>).

- Fecha de elaboración de la Historia
- Nombre del médico y firma

c) Entrevista.

La entrevista según Rupert Grint (2001), es una serie de cuestionamientos que se le hacen a una persona, ya sea para obtener información o para corroborarla.

La entrevista que se realizará es individual, es decir, solo estarán presentes, el entrevistado y el entrevistador.

El tipo de entrevista que se utilizó es el siguiente:

Directiva o cerrada: se llevan a cabo siguiendo un esquema predeterminado, con preguntas concretas y definidas con precisión. Sigue un esquema que responde a, pregunta/respuesta. El objetivo es que el entrevistado de respuestas concisas y concretas, sin dar lugar a divagaciones, explicaciones o extenderse. Se suele utilizar cuando se requiere una información objetiva.

La entrevista se utilizará solamente en caso de que sea necesario comprobar algunos datos con el paciente (ver anexo III).

Las preguntas aplicadas son las siguientes:

Nombre y Edad de la persona.

Sexo

Estado Civil

- 1.- ¿Hace cuánto tiempo que padece insomnio?
- 2.- ¿Qué tan frecuente se presenta?
- 3.- ¿Nota que solamente se presenta cuándo tiene algún tipo de preocupación?
- 4.- ¿Nota que el insomnio afecte su rendimiento diario?
- 5.- Si la respuesta es sí, ¿De qué manera lo afecta?
- 6.- ¿Nota que cuando no duerme cambia su estado de ánimo?
- 7.- Si la respuesta es sí, ¿cómo se siente?
- 8.- ¿Siempre se siente igual o varía en algunas ocasiones?
- 9.- ¿Ha tomado medicamentos para dormir?
- 10.- ¿Por cuánto tiempo y cómo se ha sentido?

2.12 ESCENARIO.

El lugar donde se llevó a cabo la investigación es un consultorio de consulta externa del Sanatorio de La Luz, el cual mide 4 metros de largo por 3 de ancho, está pintado de color blanco, tiene dos puertas una que es la que da a consulta externa por donde ingresa el paciente y la otra da al área de enfermería, dentro del consultorio hay un escritorio en la esquina del lado izquierdo, sobre este, está un baumanómetro para tomar la presión, hay tres sillas dos para los pacientes y una para el Doctor, junto a las sillas que corresponden a los pacientes hay una báscula y en el extremo derecho junto a la puerta que da a la enfermería esta un diván que sirve para revisar y auscultar al paciente.

Este espacio fue asignado por el Médico Residente para la realización de la presente investigación.

2.13 PROCEDIMIENTO.

Para la realización de esta investigación se trabajó con 72 hombres y mujeres de 19 a 40 años de edad pacientes de consulta externa del Sanatorio de "La Luz" de Morelia, Michoacán; que cuentan con un diagnóstico médico de insomnio y que fueron elegidos de manera no probabilística.

Los pacientes contaron con una Historia Clínica Médica para comprobar el padecimiento del insomnio sin que exista ninguna otra patología que pueda ser la causa de esta patología del sueño. Después contestaron un cuestionario que es la Escala de Depresión Hamilton, se trabajó de manera individual con cada sujeto. De cada reactivo de esta prueba hay que seleccionar una sola opción que caracterice al paciente al momento de la evaluación, esta escala también cuenta con algunos reactivos que califican el insomnio y la ansiedad. El siguiente paso a seguir fue hacer una entrevista al paciente para corroborar datos por parte del investigador. El tiempo de aplicación estimado con cada paciente es de 30 minutos.

Posteriormente, se evaluó cada caso y se procedió al análisis estadístico por medio del paquete SPSS 10. El análisis al que se sometieron los datos consistió en:

- Análisis Descriptivo.
- Prueba de Correlación de Pearson
- Prueba de Correlación Bi Variada

Se analizaron resultados y se elaboraron tablas y gráficas en el mismo programa para su presentación

La captura del texto se realizó en WORD 2000.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 ANALISIS DESCRIPTIVO

1. Estructura y Origen de la Muestra

La población de consulta externa del Sanatorio de la Luz en el cual, se realizó esta investigación esta conformada por 72 pacientes con un diagnóstico médico de insomnio, de los cuales 44 son mujeres y 28 son hombres. En cuanto a número predominan entonces las mujeres (59.7%) sobre los hombres (40.3%). Por lo tanto, en términos proporcionales, existen 1.5 mujeres por cada hombre aproximadamente.

En la composición de la muestra se observa una predominancia de los pacientes de 20 años (16.6%), sobre los de 22 años (9.72%), de 25 años (8.3%), de 23 años (6.94%), siendo la media de edad de 26.65 años, además de la predominancia del sexo femenino. La distribución y edades se pueden apreciar en la tabla 1.

Tabla 1**EDAD DEL PACIENTE**

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
19	1	1.4	1.4	1.4
20	12	16.7	16.7	18.1
21	4	5.6	5.6	23.6
22	7	9.7	9.7	33.3
23	5	6.9	6.9	40.3
24	3	4.2	4.2	44.4
25	6	8.3	8.3	52.8
26	3	4.2	4.2	56.9
27	3	4.2	4.2	61.1
28	3	4.2	4.2	65.3
29	2	2.8	2.8	68.1
30	5	6.9	6.9	75.0
31	2	2.8	2.8	77.8
32	3	4.2	4.2	81.9
33	2	2.8	2.8	84.7
34	1	1.4	1.4	86.1
35	4	5.6	5.6	91.7
36	1	1.4	1.4	93.1
40	5	6.9	6.9	100.0
Total	72	100.0	100.0	

2. Escala de Depresión de Hamilton.

El tiempo promedio de aplicación de dicha prueba fue de 15 minutos aproximadamente.

Del total de los reactivos que conforman la prueba, se seleccionaron únicamente los referentes a insomnio, depresión y ansiedad que se consideraron más significativos para esta investigación, por lo que hubo cancelación de preguntas.

Los reactivos que se incluyeron son los siguientes:

Del total de los de los reactivos, los referentes al Insomnio son:

- Insomnio Inicial: dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse, el cual se mide con la siguiente escala:
0 = Ausente
1 = Leve, trivial, infrecuente: tarda menos de 30 minutos.
2 = Obvio y severo: más de 30 minutos la mayoría de las noches.
- Insomnio Intermedio: dificultad para mantener el sueño, este se mide con la siguiente escala.
0 = Ausente
1 = Leve o infrecuente: se queja de estar inquieto durante la noche, si se levanta al baño tarda mucho en volverse a dormir.
2 = Obvio y severo: la persona se despierta más de una vez a lo largo de la noche después de haber iniciado el sueño y tiene grandes dificultades para volver a dormir. Si tiene que levantarse de la cama (sin que sea para ir al baño) y se pone a leer y a fumar se debe calificar como 2.
- Insomnio Final: despertar temprano, antes de lo habitual, el cual se mide con la siguiente escala.
0 = Ausente
1 = Leve o infrecuente: se despierta antes de lo habitual, pero con frecuencia vuelve a dormir hasta más tarde.
2 = Obvio y severo: despierta 1-3 horas antes de lo habitual y no vuelve a conciliar el sueño.

Es importante mencionar que para codificar la puntuación de los tres reactivos anteriores referentes a insomnio se hizo la suma de las respuestas de cada paciente en las tres preguntas, obteniendo hasta una puntuación de 0 a 6, considerando el 0 como ausente, 1 como dudoso, 2 como leve, 3 como moderado, 4 como severo, 5 como muy grave y 6 como extraordinario.

Los reactivos referentes al Estado de Animo Depresivo son:

- Animo Depresivo: tristeza, desesperanza, pesimismo, autodevaluación, actitud, posturas, voz, llanto, expresión facial, esto se mide con la siguiente escala:
0 = Ausente
1 = Dudoso o trivial: la evidencia conductual o verbal aparece sólo al momento de preguntar específicamente.
2 = Leve: llanto ocasional, sentimientos de tristeza que aparecen solo al momento del interrogatorio.
3 = Moderado: evidencia conductual obvia, llanto frecuente y las quejas de depresión aparecen por medio de comunicación espontánea.
4 = Severo: exhibe virtualmente sólo estos sentimientos depresivos, de manera espontánea en forma tanto verbal como no verbal.
- Sentimientos de Culpa: culpabilidad patológica y no solo autoculparse, para su medición se utiliza la siguiente escala:
0 = Ausente
1 = Dudoso o trivial: sentimientos de auto-reproche.
2 = Leve: ideas de culpa expresadas espontáneamente.
3 = Moderado: Creencias de que la enfermedad puede ser un castigo, rumiaciones sobre errores pasados, considera que la enfermedad y el sufrimiento son merecidos.
4 = Severo: delirios de culpa, se acusa a sí mismo de culpas extrañas o imposibles, pide que lo maten debido a pensamientos delirantes, puede tener alucinaciones auditivas o visuales que lo denuncian o acusan, convencido de que su presencia genera enfermedades en otros.
- Suicidio: ideas o actitudes durante la última semana, se utiliza la siguiente escala para calificar este punto:
0 = Ausente
1 = Dudoso o Trivial: respondiendo a cuestionamiento directo menciona que su vida está vacía o que no tiene sentido vivirla.
2 = Leve: pensamientos recurrentes de muerte, deseos de morir que se expresan espontáneamente o bien por interrogatorio.

3 = Moderado: incluye 2 de los siguientes aspectos en conjunto con pensamientos suicidas o actitud indicativa de los mismos: aislamiento, gestos suicidas, amenazas o discusiones con otras personas.

4 = Severo: intento de suicidio.

La codificación de los reactivos anteriores referentes a ánimo depresivo se realizó en base a la escala estandarizada del test, al igual que los de la ansiedad.

Los reactivos referentes a la Ansiedad son:

- Agitación: esta puede ser psicomotora, en formas leves puede presentarse combinado con leve retardo, puede coexistir agitación motora y retardo en el lenguaje, debe calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente. Se califica con la siguiente escala:

0 = Ausente

1 = Leve: se mueve durante la entrevista, frotado de manos, cambios de posición en la silla.

2 = Moderado: fricción exagerada de manos, se muerde los labios, se arranca el cabello, se levanta a caminar durante la entrevista.

3 = Severo: incluye los elementos del 2 más inquietud extrema que no permiten dar continuidad a la entrevista.

- Ansiedad Psíquica: tenso, incapaz de relajarse, irritable, se preocupa de aspectos triviales, síntomas fóbicos, aprensivo, miedo a perder el control, episodios de pánico.

0 = Ausente

1 = Dudoso o trivial: expresa sensaciones sólo al interrogatorio directo, pocos síntomas y poco frecuentes.

2 = Leve: expresa espontáneamente ansiedad y condiciones relacionadas a ella, buen control y no lo incapacitan.

3 = Moderada: evidencia conductual de ansiedad (distinguir de agitación), expresión espontánea de ansiedad en cantidad significativa o en frecuencia.

4 = Severo: la expresión de la ansiedad incluye gran parte de la comunicación verbal y no verbal, se pueden observar episodios de pánico.

- **Ansiedad Somática:** concomitantes fisiológicos de la ansiedad como hiperactividad autonómica, indigestión, dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, cefalea, urgencia de la micción, y síntomas de pánico. Para su medición se utiliza la siguiente escala:

0 = Ausente

1 = Dudoso o trivial: síntomas menores, y sólo expresados bajo cuestionamiento.

2 = Leve: describe espontáneamente los síntomas, los cuales no son marcados o incapacitantes.

3 = Moderado: mayor número y frecuencia de síntomas que en el 2, se acompañan de molestias por presentarlos y afectan al funcionamiento habitual.

4 = Severo: los síntomas son numerosos, persistentes e incapacitantes.

Los resultados globales de la Escala de Depresión de Hamilton que se obtuvieron de esta muestra son los siguientes:

Respecto a las mujeres, la única de 19 años el rango fue de 25 puntos, para las pacientes de 20 años el rango se manifestó de 16 a 36 puntos, para las de 21 años la puntuación fue de 20 a 24 puntos, las pacientes de 22 años el rango se manifestó de 24 a 29 puntos, las mujeres de 23 años tuvieron una puntuación de 18 a 25 puntos, para las pacientes de 24 años la puntuación fue de 22 a 33 puntos, para las de 25 años el rango de puntuación fue de 21 a 26 puntos, para las mujeres de 26 años el puntaje fue de 16 a 25 puntos, las pacientes de 27 años tuvieron una puntuación que de 29 a 30 puntos, el único caso de una mujer de 28 años manifestó un rango de puntuación de 34 puntos, de las de 29 años su puntuación fue de 24 a 28 puntos, las pacientes de 30 años obtuvieron un puntaje de 22 a 37 puntos, las mujeres de 32 años manifestaron un puntaje de 23 a 27 puntos, en las de 33 años su puntuación fue de 18 a 24 puntos, las pacientes de 35 años tuvieron una puntuación de 13 a 23 puntos y por último las pacientes de 40 años obtuvieron un rango de puntuación de 19 a 36 puntos.

Para los hombres de 20 años el rango de puntuación fue de 20 a 22 puntos, para los pacientes de 21 años la puntuación fue de 20 a 23 puntos, los de 22 años tuvieron una puntuación de 19 a 30 puntos, para los hombres de 23 años la puntuación fue de 16 a 20

puntos, el único paciente de 24 años obtuvo un puntaje de 19 puntos, los de 25 años obtuvieron de 19 a 29 puntos, solamente hubo un paciente de 27 años el cual tuvo una puntuación de 21 puntos, los de 28 años tuvieron de 23 a 24 puntos, los pacientes de 30 años manifestaron un rango de puntuación que va de 14 a 23 puntos, de los de 31 años su puntuación fue de 18 a 25 puntos, solamente hubo un paciente de 34 años y su puntuación fue de 20 puntos, igualmente solo hubo un hombre de 35 años y su puntuación fue de 24 puntos, igualmente solo hubo un paciente de 36 años y uno de 40 años, su puntuación fue de 28 puntos en ambos casos. Ver tabla 2.

Tabla 2

RESULTADOS GLOBALES DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON.

Diferencia entre Hombre y Mujeres.

EDAD	PUNTAJE MUJERES	PUNTAJE HOMBRES
19	25	0
20	16-36	20-22
21	20-24	20-23
22	24-29	19-30
23	18-25	16-20
24	22-33	19
25	21-26	19-29
26	16-25	0
27	29-30	21
28	34	23-24
29	24-28	0
30	22-37	14-23
31	0	18-25
32	23-27	0
33	18-24	0
34	0	20
35	13-23	24
36	0	28
37	0	0
38	0	0
39	0	0
40	19-36	28

Por lo tanto, en mujeres el rango oscila de 13 a 37 puntos y en los hombres el rango oscila de 14 a 30 puntos. Por lo que, en esta muestra las mujeres padecen depresión en un rango más severo que los hombres.

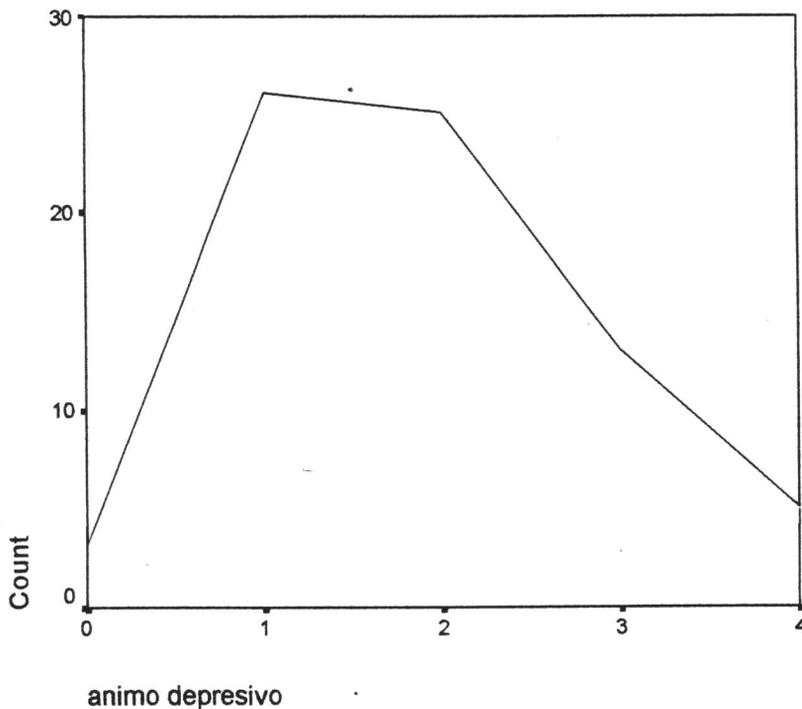
Los resultados de los reactivos seleccionados se presentan a continuación:

2.1 Animo Depresivo.

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 1.64 a 2.11 una media de 1.88 y una desviación estándar de 0.99, con mediana y moda de 2, lo cual muestra un sesgo considerable hacia valores chicos, considerando un rango total de 0 a 4. Ver gráfica 1.

Gráfica 1

ANIMO DEPRESIVO



En la gráfica 1: 0 = sin depresión, 1 = dudoso, 2 = leve, 3 = Moderado y 4 = severo.

En la tabla 3 se observa que el 4.2 % de la muestra corresponde a los pacientes que no presentan ánimo depresivo, de la misma forma el 36.1 % son pacientes en los cuales existe la duda de que presente un Animo Depresivo, el 34.7% de los pacientes presentaron un Estado de Animo Depresivo en un grado leve, en cambio se aprecia un

18.1% de personas que tienen Animo Depresivo en escala moderada y por último el 6.9% de los pacientes presentan un Animo Depresivo severo.

Por lo tanto, el 59.7% de la muestra presenta ánimo depresivo desde leve hasta severo, y se observa que son las mujeres las que presentan mayor tendencia a tener un ánimo depresivo con un 40.3% contra un 19.4% que se observa en los hombres. Ver tabla 4.

Tabla 3

ANIMO DEPRESIVO.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ausente	3	4.2	4.2
Dudoso	26	36.1	40.3
Leve	25	34.7	75.0
Moderado	13	18.1	93.1
Severo	5	6.9	100.0
Total	72	100.0	

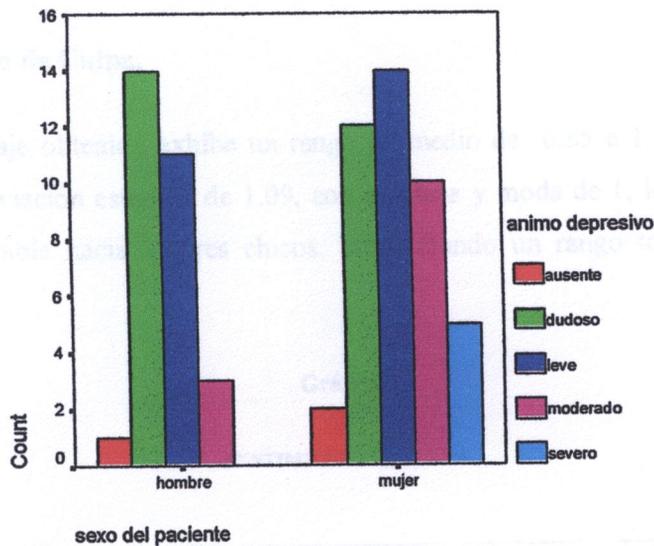
Tabla 4

SEXO DEL PACIENTE VS. ANIMO DEPRESIVO.

		<i>animo depresivo</i>	<i>animo depresivo</i>	<i>animo depresivo</i>	<i>animo depresivo</i>	<i>animo depresivo</i>	Total
		Ausente	Dudoso	Leve	moderado	severo	
sexo del paciente	hombre	1	14	11	3		29
	Mujer	2	12	14	10	5	43
Total		3	26	25	13	5	72

Grafica 2

ANIMO DEPRESIVO Y SEXO DEL PACIENTE



Con respecto a la gráfica 2 podemos observar que dentro de las personas que tienen Estado de Animo Depresivo que va desde un grado leve hasta un grado severo existe una mayor prevalencia en la mujer; ya que de 72 casos, se presento un 40.27 % en las mujeres a diferencia de un 19.44% en los hombres.

En los pacientes de sexo masculino podemos observar que existe un 15.2 % de Animo Depresivo Leve, mientras que en las mujeres se observa un 19.4%, en cuanto al Estado de Animo Depresivo en un grado Moderado en los hombres se observa un 4.16% y en las mujeres un 13.8%, y en relación al Estado de Animo Depresivo Severo se puede observar que en los pacientes de sexo masculino no aparece ningún caso y en cambio observamos un 6.9% de casos que se presentaron en mujeres, con esto comprobamos que existe una importante diferencia entre los sexos y el estado de animo depresivo.

De lo anterior podemos concluir, que la mujer presenta mayor tendencia a deprimirse que el hombre, tomando en cuenta la proporción de la muestra (1.5 mujeres por cada hombre), estos datos coinciden con los resultados de diversos estudios y confirma dicha tendencia.

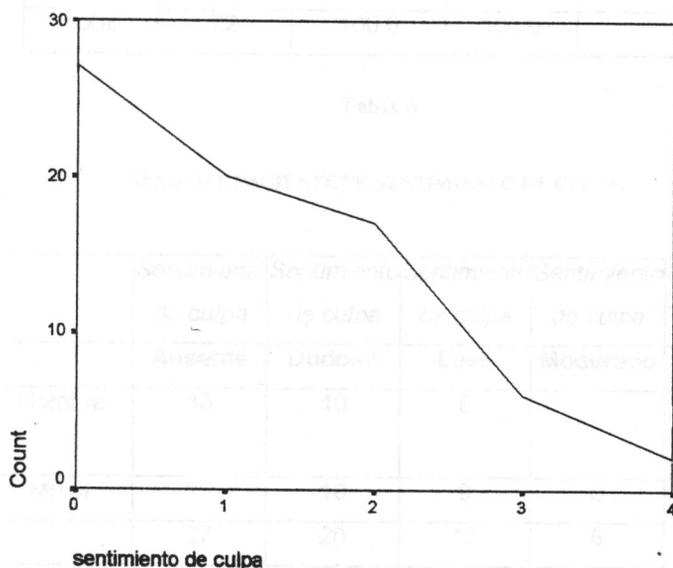
También es de suma importancia mencionar que el 59.7% de la muestra presenta la existencia de ánimo depresivo, esto quiere decir, que más de la mitad tienden a deprimirse aunque la mayoría en grado leve o moderado sin llegar a lo severo.

2.2 Sentimiento de Culpa.

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 0.85 a 1.37, una media de 1.11 y una desviación estándar de 1.09, con mediana y moda de 1, lo cual muestra un sesgo considerable hacia valores chicos, considerando un rango total de 0 a 4. Ver gráfica 3.

Gráfica 3

SENTIMIENTO DE CULPA.



En la gráfica 3: 0 = ausente, 1 = dudoso, 2 = leve, 3 = moderado y 4 = severo.

En la tabla 5 se observa que el 37.5 % de la muestra corresponde a los pacientes que no presentan sentimiento de culpa, de la misma forma el 27.8 % son pacientes en los cuales existe la duda de que presente un sentimiento de culpa, el 23.6% de los pacientes presentaron sentimiento de culpa en un grado leve, en cambio se aprecia un 8.3% de personas que tienen sentimiento de culpa en escala moderada y por último el 2.8% de los pacientes presentan un sentimiento de culpa severo.

Por lo tanto, se observa que el 34.7% de la muestra sin considerar el sexo, presenta sentimiento de culpa desde leve hasta severo, haciendo notar que son las mujeres las que presentan mayor tendencia con un 22.2% contra un 12.5% en los hombres. Ver tabla 6.

Tabla 5

SENTIMIENTO DE CULPA.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ausente	27	37.5	37.5	37.5
Dudoso	20	27.8	27.8	65.3
Leve	17	23.6	23.6	88.9
Moderado	6	8.3	8.3	97.2
Severo	2	2.8	2.8	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Tabla 6

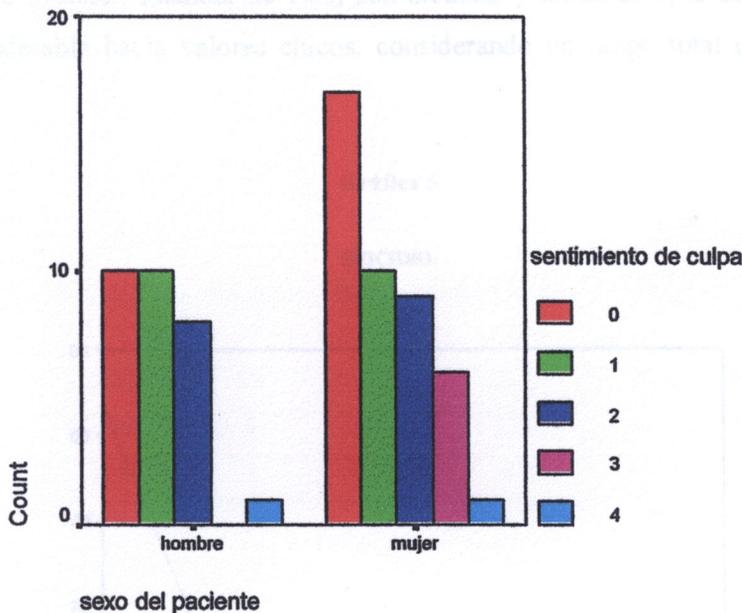
SEXO DEL PACIENTE VS. SENTIMIENTO DE CULPA.

		Sentimiento de culpa	Total				
		Ausente	Dudoso	Leve	Moderado	Severo	
sexo del paciente	Hombre	10	10	8		1	29
	Mujer	17	10	9	6	1	43
	Total	27	20	17	6	2	72

En conclusión, se observa nuevamente que hay mayor tendencia en las mujeres que en los hombres a tener algún sentimiento de culpa, también es importante mencionar que la mayoría de la muestra se encuentra en un grado dudoso, en cuanto a sentirse culpable, esto sin tener en cuenta el sexo del paciente. Tomando en cuenta la proporción de la muestra que son 1.3 mujeres por cada hombre existe tendencia en las mujeres a presentar sentimientos de culpa en grado moderado y en los hombres en grado severo.

Grafica 4

SENTIMIENTO DE CULPA Y SEXO DEL PACIENTE



En la gráfica 4: 0 = ausente, 1 = dudoso, 2 = leve, 3 = moderado y 4 = severo.

En la gráfica 4 se observa de nuevo un mayor número de casos en mujeres que tienen sentimiento de culpa pero, a la vez también se observa un mayor número de casos de mujeres que no presentan sentimiento de culpa, comparándolo numéricamente podemos ver que existe un 13.8 % de casos en hombres y un 23.6% en mujeres en los que esta ausente el sentimiento de culpa, en el grado moderado no existe ningún caso en hombres a diferencia de un 8.3% en mujeres, y en grado severo se observa igual número de casos tanto en hombres como en mujeres con un 1.38%.

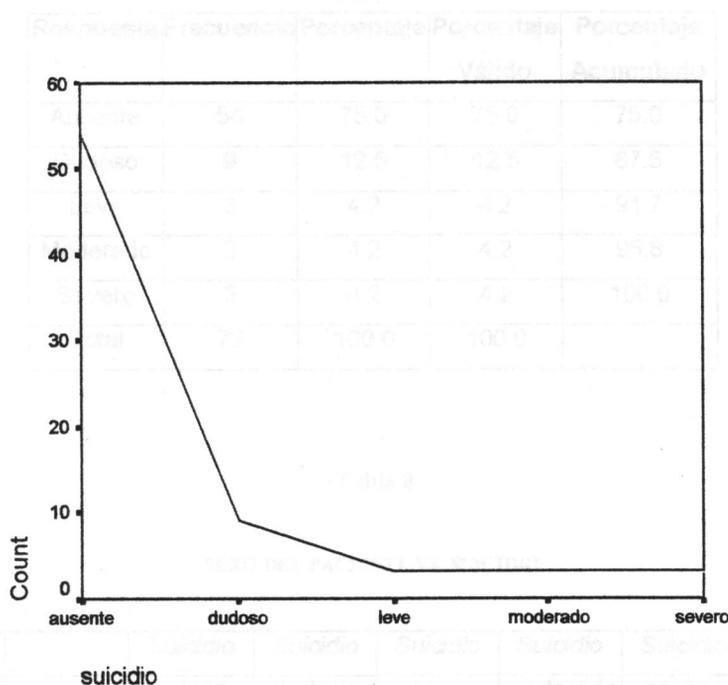
En conclusión, se observa nuevamente que hay mayor tendencia en las mujeres que en los hombres a tener algún sentimiento de culpa, también es importante mencionar que la mayoría de la muestra se encuentra en un grado dudoso, en cuanto a sentirse culpable, esto sin tomar en cuenta el sexo del paciente. Tomando en cuenta la proporción de la muestra que son 1.5 mujeres por cada hombre existe tendencia en las mujeres a presentar sentimiento de culpa en grado moderado y en los hombres en grado severo.

2.3 Suicidio.

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 0.25 a 0.75, una media de 0.50 y una desviación estándar de 1.05, con mediana y moda de 0, lo cual muestra un sesgo considerable hacia valores chicos, considerando un rango total de 0 a 4. Ver gráfica 5.

Gráfica 5

SUICIDIO.



En la tabla 7 se observa que el 75.0 % de la muestra corresponde a los pacientes que no presentan sentimiento o intento de suicidio, de la misma forma el 12.5% son pacientes en los cuales existe la duda de que presente un sentimiento o intento suicida, el 4.2% de los pacientes presentaron sentimiento de suicidio en un grado leve, de igual forma se aprecia un 4.2% de las personas que tienen sentimiento de suicidio en escala moderada y por último también el 4.2% de los pacientes presentan un sentimiento o intento de suicidio severo.

También se observa, que el 12.5% de la muestra sin considerar el sexo, presenta sentimiento de de suicidio desde leve hasta severo, haciendo notar que son las mujeres las que presentan mayor tendencia con un 11.1% contra un 0.13% en los hombres, dada la proporción de la muestra. Ver tabla 8.

Tabla 7

SUICIDIO.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ausente	54	75.0	75.0	75.0
Dudoso	9	12.5	12.5	87.5
Leve	3	4.2	4.2	91.7
Moderado	3	4.2	4.2	95.8
Severo	3	4.2	4.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

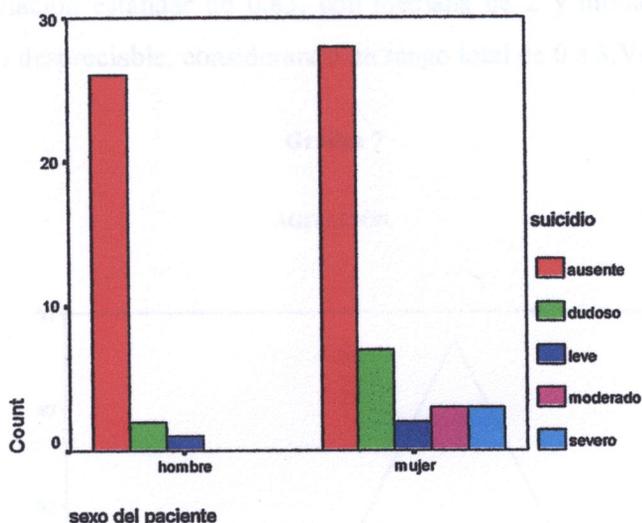
Tabla 8

SEXO DEL PACIENTE VS. SUICIDIO.

		Suicidio Ausente	Suicidio dudoso	Suicidio leve	Suicidio moderado	Suicidio severo	Total
sexo del paciente	hombre	26	2	1			29
	mujer	28	7	2	3	3	43
Total		54	9	3	3	3	72

Gráfica 6

SUICIDIO Y SEXO DEL PACIENTE.



En relación con la gráfica 6 que se refiere a suicidio, es interesante mencionar que en las mujeres se presenta como ausente en un mayor número de casos, pero a la vez se observa también una mayor prevalencia en los casos que van de los dudoso a lo severo.

En las mujeres se observa un 2.7% de suicidio en grado leve contra un 1.3% en los hombres, en lo que se refiere a un grado moderado se observa un 4.16% en las mujeres mientras que en los hombres no se presenta ningún caso, en cuanto al grado severo tampoco se observa ningún caso en hombres y en cambio en las mujeres se observa otra vez un 4.16%.

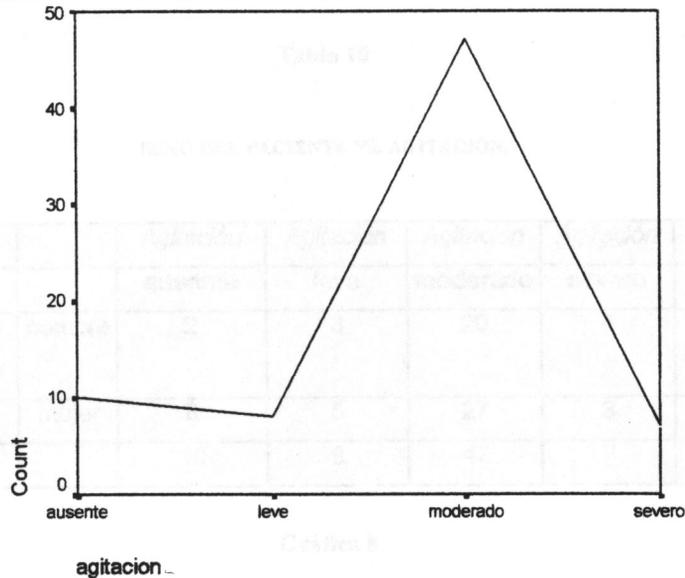
En conclusión con lo anterior, otra vez se hace notar que existe una tendencia mayor en las mujeres a tener pensamientos o intento de suicidio, esto se puede relacionar también con la tendencia de las mujeres a deprimirse. La mayoría de la muestra se encuentra en un grado dudoso en cuanto a los sentimientos o intentos de suicidio. Tomando en cuenta nuevamente la proporción de la muestra podemos decir, que en el caso de las mujeres se rebasa la proporción, por lo tanto, en las mujeres existe un cuestionamiento en cuanto presentar ideas de suicidio.

2.4 Agitación.

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 1.51 a 1.90, una media de 1.71 y una desviación estándar de 0.83, con mediana de 2 y moda de 1.81, lo cual muestra un sesgo despreciable, considerando un rango total de 0 a 3. Ver gráfica 7.

Gráfica 7

AGITACIÓN.



En la tabla 9 se observa que el 13.9% de la muestra corresponde a los pacientes que no presentan agitación, el 11.1% de los pacientes presentaron agitación en un grado leve, de igual forma se aprecia un 65.3% de las personas que tienen agitación en escala moderada y por último 9.7% de los pacientes presentan un agitación severa.

Por lo tanto, podemos observar que el 86.1% de la muestra sin considerar el sexo, presenta agitación desde leve hasta severo, haciendo notar que son las mujeres las que presentan mayor tendencia con un 48.6% contra un 37.5% en los hombres. Ver tabla 10.

Tabla 9

AGITACIÓN.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ausente	10	13.9	13.9	13.9
Leve	8	11.1	11.1	25.0
Moderado	47	65.3	65.3	90.3
Severo	7	9.7	9.7	100.0
Total	72	100.0	100.0	

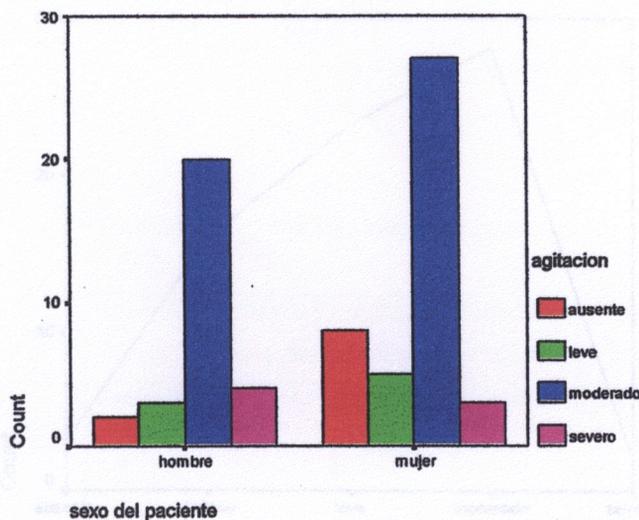
Tabla 10

SEXO DEL PACIENTE VS. AGITACIÓN.

		Agitación ausente	Agitación leve	Agitación moderado	Agitación severo	Total
sexo del paciente	hombre	2	3	20	4	29
	mujer	8	5	27	3	43
Total		10	8	47	7	72

Gráfica 8

AGITACION.



En lo referente a la gráfica 8 la diferencia más marcada que podemos observar es en cuanto al grado moderado, tomando en cuenta que hay un 27.7% de casos en hombres y un 37.5% de casos en mujeres y es muy importante mencionar que en este caso existe mayor prevalencia de casos de agitación en grado severo en los hombres con un 5.5% contra un 4.16% en mujeres.

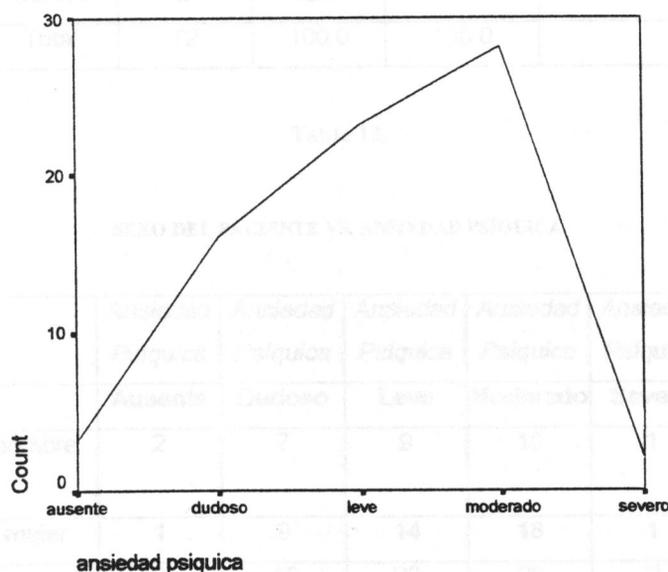
Como conclusión de la anterior observamos de nuevo la predominancia de la mujer a presentar agitación y la mayoría de la muestra que la presenta se encuentra en grado leve de agitación. Si tomamos en cuenta la proporción de la muestra podemos deducir de lo anterior, que en cuanto a la agitación en un grado leve la prevalencia es igual tanto en hombres como en mujeres y en el grado moderado y severo hay mayor prevalencia en los hombres.

2.5. Ansiedad Psíquica.

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 1.92 a 2.36, una media de 2.14 y una desviación estándar de 0.94, con mediana y moda de 2, lo cual muestra una distribución casi perfectamente normalizada, considerando un rango total de 0 a 4. Ver gráfica 9.

Gráfica 9

ANSIEDAD PSÍQUICA.



En la tabla 11 se observa que el 4.2% de la muestra corresponde a los pacientes que no presentan ansiedad psíquica, de la misma forma el 22.2% son pacientes en los cuales existe la duda de que presente ansiedad psíquica, el 31.9% de los pacientes presentaron ansiedad psíquica en un grado leve, también se aprecia un 38.9% de las personas que tienen ansiedad psíquica en escala moderada y por último el 2.8% de los pacientes presentan ansiedad psíquica severa.

En base a la tabla 12 se observa que el 73.6% de la muestra sin considerar el sexo, presenta agitación psíquica desde leve hasta severo, haciendo notar que son las mujeres las que presentan mayor tendencia con un 45.8% contra un 27.7% en los hombres.

Tabla 11

ANSIEDAD PSÍQUICA.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ausente	3	4.2	4.2	4.2
Dudoso	16	22.2	22.2	26.4
Leve	23	31.9	31.9	58.3
Moderado	28	38.9	38.9	97.2
Severo	2	2.8	2.8	100.0
Total	72	100.0	100.0	

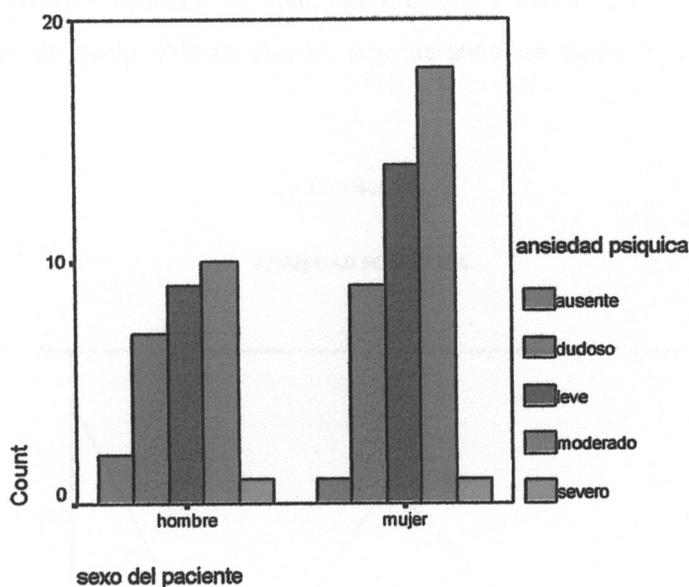
Tabla 12.

SEXO DEL PACIENTE VS. ANSIEDAD PSÍQUICA.

		Ansiedad Psíquica	Ansiedad Psíquica	Ansiedad Psíquica	Ansiedad Psíquica	Ansiedad Psíquica	Total
		Ausente	Dudoso	Leve	Moderado	Severo	
sexo del paciente	hombre	2	7	9	10	1	29
	mujer	1	9	14	18	1	43
Total		3	16	23	28	2	72

Gráfica 10

ANSIEDAD PSIQUICA



En cuanto a la gráfica 10 que se refieren a la ansiedad psíquica se concluye que al igual que en los casos anteriores existe mayoría en cuanto a las mujeres que la presentan, dada la proporción de la muestra (1.5 mujeres por cada hombre).

Tomaremos en cuenta el análisis estadístico a partir del grado leve, observando un 12.5% en hombres contra un 19.4% en mujeres, en lo que se refiere al grado moderado se puede ver una diferencia todavía más marcada con un 13.8% de casos en hombres y un 25.0% de casos presentados en mujeres y en cuanto al grado severo otra vez hay igualdad con un 1.38% de casos.

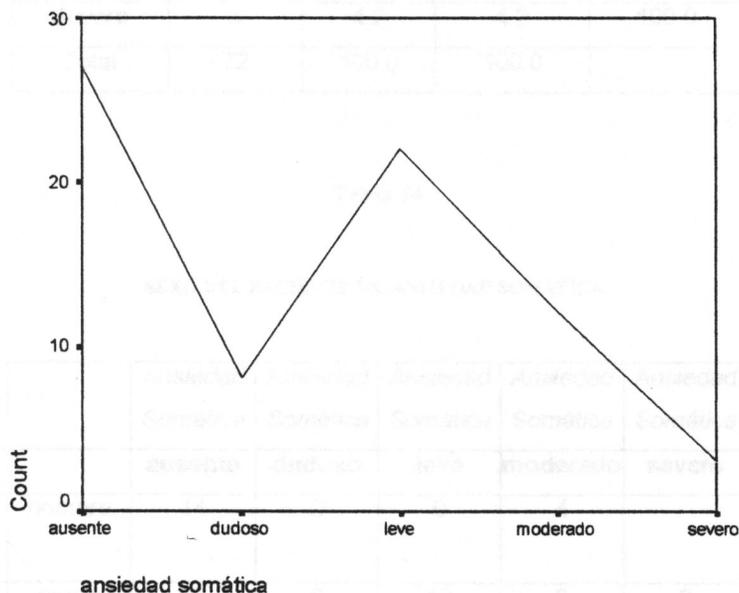
Concluyendo lo anterior, se observa al igual que en los casos anteriores, que las mujeres tienen mayor tendencia a sentir ansiedad psíquica que los hombres, encontrándose la mayoría de los que la presentan sin importar el sexo en el grado moderado.

2.6 Ansiedad Somática.

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 1.09 a 1.69, una media de 1.39 y una desviación estándar de 1.86, con mediana y moda de 2, lo cual muestra un sesgo marcado de hacia valores chicos, considerando un rango total de 0 a 4. Ver gráfica 11.

Gráfica 11

ANSIEDAD SOMÁTICA.



En la tabla 13 se observa que el 37.5% de la muestra corresponde a los pacientes que no presentan ansiedad somática, de la misma forma el 11.1% son pacientes en los cuales existe la duda de que presente ansiedad somática, el 30.6% de los pacientes presentaron ansiedad somática en un grado leve, también se aprecia un 16.7% de las personas que tienen ansiedad somática en escala moderada y por último el 4.2% de los pacientes presentan ansiedad somática severa.

Por lo tanto, se observa que el 51.3% de la muestra sin considerar el sexo, presenta agitación psíquica desde leve hasta severo, haciendo notar que son las mujeres las que presentan mayor tendencia con un 33.3% contra un 18.05% en los hombres. Ver tabla 14.

Tabla 13

ANSIEDAD SOMÁTICA.

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Ausente	27	37.5	37.5	37.5
Dudoso	8	11.1	11.1	48.6
Leve	22	30.6	30.6	79.2
Moderado	12	16.7	16.7	95.8
Severo	3	4.2	4.2	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Tabla 14

SEXO DEL PACIENTE VS. ANSIEDAD SOMÁTICA.

		Ansiedad Somática	Ansiedad Somática	Ansiedad Somática	Ansiedad Somática	Ansiedad Somática	Total
		ausente	dudoso	leve	moderado	severo	
sexo del paciente	hombre	14	2	9	4		29
	mujer	13	6	13	8	3	43
Total		27	8	22	12	3	72

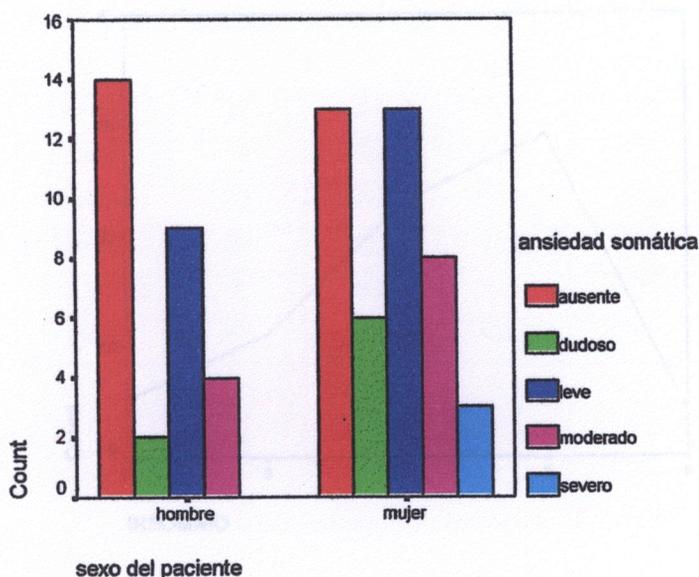
En conclusión de los datos anteriores, se observa que existe la predominancia en las mujeres de la ansiedad somática en cuanto a la proporción de la muestra, aunque en la mayoría de los casos la ansiedad somática esta ausente.

2.7.3. Ansiedad

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 1.98 a 4.46, una media de 4.47 y una desviación estándar de 1.01, con mediana y moda de 4, lo cual muestra un riesgo moderado a los valores grandes, considerando un rango total de 0 a 5. Ver gráfica 13.

Gráfica 12

ANSIEDAD SOMÁTICA



En este caso, que se refiere a lo que es la Ansiedad Somática es importante hacer notar que en cuanto a las mujeres existe igual número de casos ausentes como de casos de ansiedad somática en grado leve con un 18.05%, en los hombres hay un 19.4% de casos ausentes de ansiedad somática y un 12.5% en grado leve, también es marcada la diferencia que se observa en el grado moderado tomando en cuenta que hay un 5.5% de casos en hombres y un contra el doble de casos en las mujeres con un 11.11% de casos, y por último en lo referente el grado severo no se presentó nuevamente ningún caso en hombres y en mujeres hubo un 4.16% de casos. Ver gráfica 12.

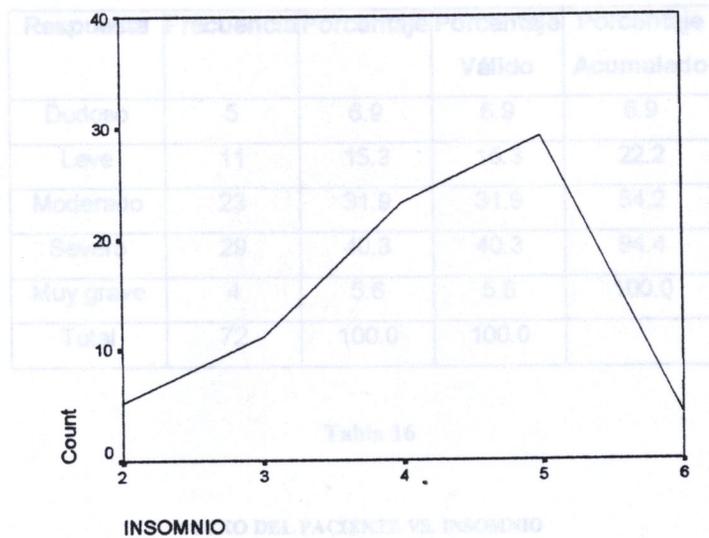
En conclusión con las tablas anteriores, se observa nuevamente la predominancia en las mujeres aún tomando en cuenta la proporción de la muestra, aunque en la mayoría sin considerar el sexo la ansiedad somática esta ausente.

2.7 Insomnio.

El puntaje obtenido exhibe un rango promedio de 3.98 a 4.46, una media de 4.42 y una desviación estándar de 1.01, con mediana y moda de 4, lo cual muestra un sesgo marcado hacia valores grandes, considerando un rango total de 0 a 5. Ver gráfica 13.

Gráfica 13

INSOMNIO



En la gráfica 13: 0 = ausente, 1 = dudoso, 2 = leve, 3 = moderado, 4 = severo, 5 = muy grave y 6 = extraordinario.

En la tabla 15 se observa que el 6.9% de la muestra corresponde a los pacientes en los cuales existe duda de que presenten insomnio, de la misma forma el 15.3% son pacientes que presentaron ansiedad somática en un grado leve, también se aprecia un 31.9% de las personas que tienen insomnio en escala moderada, también podemos observar que el 40.3% presentan insomnio en un grado severo y por último el 5.6% de los pacientes presentan insomnio en un grado muy grave.

En relación con la tabla 16 se observa que el 100% de la muestra sin considerar el sexo, presenta insomnio desde dudoso hasta muy grave, haciendo notar que son las mujeres las que presentan mayor tendencia con un 48.6% contra un 29.1% en los hombres.

Tabla 15

INSOMNIO

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Dudoso	5	6.9	6.9	6.9
Leve	11	15.3	15.3	22.2
Moderado	23	31.9	31.9	54.2
Severo	29	40.3	40.3	94.4
Muy grave	4	5.6	5.6	100.0
Total	72	100.0	100.0	

Tabla 16

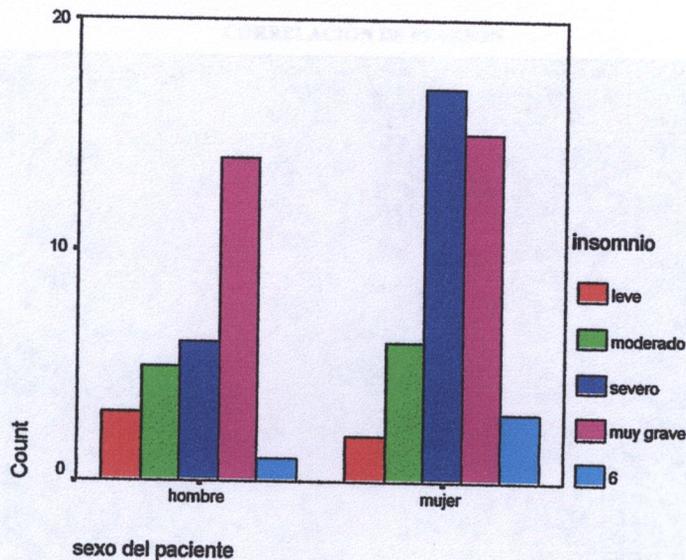
SEXO DEL PACIENTE VS. INSOMNIO

		Insomnio	Insomnio	Insomnio	Insomnio	Insomnio	Total
		Dudoso	Leve	Moderado	Severo	Muy Grave	
sexo del paciente	hombre	3	5	6	14	1	29
	mujer	2	6	17	15	3	43
Total		5	11	23	29	4	72

grado extraordinario de insomnio se presentó un 4.7% en hombres y un 4.16% en mujeres. Ver tabla 15.

Concluyendo, al revisar las tablas anteriores y tomando en cuenta la proporción de la muestra, las mujeres predominan en cuanto al grado moderado y los hombres en el en el grado dudoso, leve y severo, y en cuanto al rango muy grave es proporcional tanto en hombres como en mujeres, es muy importante mencionar que la mayoría de la muestra sin considerar el sexo se encuentran un nivel de insomnio severo, lo cual resulta congruente dado que el criterio de inclusión de la muestra era el diagnóstico clínico-médico de insomnio.

INSOMNIO



En la gráfica 14: 6 = extraordinario.

Como en los casos anteriores, otra vez hay prevalencia de casos en mujeres con una diferencia muy marcada a partir del grado severo de insomnio, en este grado vemos que existe un 8.3% de casos en hombre y un 23.6% en mujeres, en un grado muy grave se presenta un 19.4% y en 20.8% en las mujeres, en este caso también hubo casos en un grado ya extraordinario de insomnio, se presentó un 1.3% en hombre y un 4.16% en mujeres. Ver tabla 15.

Concluyendo, las dos tablas anteriores y tomando en cuenta la proporción de la muestra, las mujeres predominan en cuanto al grado moderado y los hombres en el en el grado dudoso, leve y severo, y en cuanto al rango muy grave es proporcional tanto en hombres como mujeres, es muy importante mencionar que la mayoría de la muestra sin considerar el sexo se encuentran un nivel de insomnio severo, lo cual resulta congruente dado que el criterio de inclusión de la muestra era el diagnóstico clínico-médico de insomnio.

3.2 ANALISIS ESTADISTICO

Tabla 17

CORRELACIÓN DE PEARSON

		sexo del paciente	animo depresivo	sentimiento de culpa	suicidio	insomnio	agitación	ansiedad psiquica	ansiedad somática
sexo del paciente	Pearson	1	.269*	-.005	.286*	.041	-.188	.092	.187
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)		.022	.969	.015	.734	.115	.442	.116
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
animo depresivo	Pearson	.269*	1	-.140	.481**	-.155	-.148	.246*	.141
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.022		.241	.000	.195	.216	.038	.239
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
sentimiento de culpa	Pearson	-.005	-.140	1	.201	-.007	.047	.068	.175
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.969	.241		.090	.953	.696	.568	.142
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
suicidio	Pearson	.286*	.481**	.201	1	.120	-.138	.329**	.096
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.015	.000	.090		.316	.249	.005	.423
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
insomnio	Pearson	.041	-.155	-.007	.120	1	-.022	.041	-.075
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.734	.195	.953	.316		.852	.731	.532
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
agitación	Pearson	-.188	-.148	.047	-.138	-.022	1	.107	-.294*
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.115	.216	.696	.249	.852		.371	.012
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
ansiedad psiquica	Pearson	.092	.246*	.068	.329**	.041	.107	1	.049
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.442	.038	.568	.005	.731	.371		.684
	N	72	72	72	72	72	72	72	72
ansiedad somática	Pearson	.187	.141	.175	.096	-.075	-.294*	.049	1
	Correlation								
	Sig. (2-tailed)	.116	.239	.142	.423	.532	.012	.684	
	N	72	72	72	72	72	72	72	72

* Correlación es significativa sobre el nivel 0.05 (2-tailed).

** Correlación es significativa sobre el nivel 0.01 (2-tailed).

Debido al diseño de la investigación se aplicó una prueba de correlación de Pearson (Ver tabla 17), a los datos obtenidos.

Teniendo ya, los resultados descriptivos, la variable de la edad no se consideró importante para la correlación de Pearson, siendo diferente la variable del sexo por la proporción que se observa en la muestra.

Los resultados que se consideraron estadísticamente más importantes después de realizar el análisis descriptivo fueron los siguientes:

a) Sexo.

El sexo de cada persona a la que forma parte de la muestra de la investigación también se correlacionó con el estado de ánimo depresivo, sentimiento de culpa, suicidio, insomnio, agitación, ansiedad somática y ansiedad psíquica. (Ver tabla 17).

En cada uno de los aspectos anteriores los resultados de la correlación de Pearson para esta muestra de estudio fueron por debajo del nivel de significancia estadística (mayor o igual a $\pm .70$), (ver tabla 17); por lo que según esta prueba estadística el sexo no es un factor significativo, sin embargo se encontró un comportamiento de variables para los sujetos de estudio ya que la correlación entre el sexo y el ánimo depresivo es positiva (.269), lo que significa que hay una relación entre el sexo y el estado de ánimo depresivo. Respecto al sexo y el sentimiento de culpa la correlación es negativa (-.005) lo que significa que existe correlación el sexo y el sentimiento de culpa aunque en menor grado que en el anterior, y como se observó en el análisis descriptivo existe una tendencia a sentir culpa en las mujeres en un nivel moderado y en cambio, en los hombres hay tendencia en el nivel severo, esto tomando en cuenta la proporción de nuestra muestra, en cuanto al sexo y el suicidio la correlación es positiva (.286) lo cual significa que la relación entre estos existe en mayor grado aunque como en el caso anterior hay mayor tendencia en las mujeres en cuanto a ideas suicidas según los resultados descriptivos, en cuanto al sexo y el insomnio la correlación también es positiva (.041) aunque se presenta en menor grado que en el anterior, y según los resultados arrojados por el análisis descriptivo, en cuanto al insomnio en nivel leve y severo hay prevalencia en los hombres en el nivel moderado prevalecen las mujeres y en un nivel muy grave es proporcional en ambos sexos. En lo

referente a la agitación la correlación es negativa (-.188) como podemos ver la correlación existe en un grado bajo, y como en todos los anteriores podemos decir, que del análisis descriptivo el resultado fue que la agitación tanto en hombres como en mujeres es proporcional, en cuanto a la ansiedad psíquica la correlación es positiva nuevamente (.092) y por lo tanto, existe correlación entre el sexo y la ansiedad psíquica, en lo descriptivo, prevalecen los hombres, y por último, en lo referente a la ansiedad somática la correlación también es positiva (.187) y de la misma manera que en el anterior existe correlación entre el sexo y la ansiedad somática y en el aspecto descriptivo prevalecen las mujeres. Todo lo anterior es tomando en cuenta que en nuestra muestra hay 1.5 mujeres por cada hombre.

b) Estado de Animo Depresivo.

Es este aspecto las correlaciones más significativas según la prueba estadística de Pearson son: el ánimo depresivo con el sexo (.269) como ya se vio anteriormente, con el suicidio (.481), es decir a mayor ánimo depresivo más ideas de suicidio, y por último con la ansiedad psíquica (.246) a mayor ánimo depresivo más se presenta la ansiedad psíquica. Ver tabla 17.

c) Sentimiento de Culpa.

En cuanto a lo que se refiere al sentimiento de culpa las correlaciones más relevantes y que no se han mencionado anteriormente, son con el ánimo depresivo (.140) a mayor sentimiento de culpa más ánimo depresivo, también con el suicidio la correlación es positiva (.201) mientras más sentimiento de culpa más ideas suicidas, con la ansiedad somática nuevamente la correlación es positiva (.175) cuando hay más sentimiento de culpa se incrementa la ansiedad somática. Ver tabla 17.

d) Suicidio.

Al igual que en el ánimo depresivo, el suicidio se correlaciona significativamente con el sexo (.286), y dados los resultados descriptivos es mayor la tendencia de las mujeres a las ideas de suicidio que en los hombres, con el ánimo depresivo (.481) a mayor prevalencia de ánimo depresivo es mayor la tendencia al suicidio o por lo menos a tener la presencia de ideas suicidas, y con la ansiedad psíquica

(.329) cuando hay prevalencia de ideas suicidas hay también mayor ansiedad psíquica. Ver tabla 17.

e) Insomnio.

Según los resultados del análisis estadístico de correlaciones de Pearson y tomando también en cuenta el análisis descriptivo, las correlaciones más significativas en cuanto al insomnio son con el ánimo depresivo (.155) mientras más insomnio hay más tendencia a tener un ánimo depresivo, es interesante mencionar que se observa una correlación negativa entre el insomnio y el sentimiento de culpa (-.007), esto significa que mientras más duermen hay menos sentimiento de culpa, el insomnio con la ansiedad psíquica se correlaciona positivamente (.041) mientras menos duermen más se presenta la ansiedad psíquica y en cuanto a la ansiedad somática también hay correlación positiva (.075) a mayor insomnio más ansiedad somática. Ver tabla 17.

f) Agitación.

Es importante mencionar que en este caso la agitación se correlaciona negativamente en con casi todos los demás aspectos con el sexo (-.188), con el ánimo depresivo (-.148), con el suicidio (-.138), con el insomnio (-.022) y con la ansiedad somática (-.294) según la prueba de correlación de Pearson y según el análisis descriptivo el resultado es que a mayor grado de ansiedad menor es el grado de ánimo depresivo, suicidio, insomnio y ansiedad somática. Se presentaron correlaciones positivas con el sentimiento de culpa (.047) y con la ansiedad psíquica (.107). Ver tabla 17.

g) Ansiedad Psíquica.

En cuanto a la ansiedad psíquica las correlaciones más significativas son con el ánimo depresivo (.246) y con el suicidio (.329), esto significa que según la correlación de Pearson la ansiedad psíquica se correlaciona en mayor grado con estos dos aspectos y dados los resultados del análisis descriptivo, mientras exista más ansiedad también prevalece el ánimo depresivo y es mayor la tendencia a presentar ideas a actos de suicidio. Ver tabla 17.

h) Ansiedad Somática.

En lo referente a la ansiedad somática las correlaciones más significativas de la ansiedad somática se presentan con la agitación (-.294) somática más agitación, con el sexo (.187) y con el sentimiento de culpa (.142), y tomando en cuenta los resultados del análisis descriptivo la ansiedad somática prevalece en las mujeres y a mayor ansiedad somática mayor sentimiento de culpa y más agitación. Ver tabla 17.

Por lo tanto, después del análisis estadístico realizado, se acepta la Hipótesis Nula 1 y se rechaza la Hipótesis de Investigación 1, y se acepta la Hipótesis Nula 2 y se rechaza la Hipótesis de Investigación 2, es decir, que el insomnio no está relacionado significativamente con el estado de ánimo depresivo en los adultos y el insomnio no está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El estudio de esta investigación se planteó la pregunta: ¿por qué algunas personas se hacen insomnes bajo ciertos factores?

¿Qué relación existe entre el insomnio y el estado de ánimo en el adulto?

El insomnio según Guadalupe Carral y cols. (1996), es un trastorno cuya característica principal es la reducción de la cantidad de horas de sueño, debido a causas psicológicas, biológicas y/o ambientales.

El insomnio tiene varias causas, las cuales pueden ser como enfermedades orgánicas, reacciones psicológicas e incluso del sueño deficiente. El insomnio puede ser un indicador de un trastorno de ansiedad que con cambios de vida o indicadores de salud (ingesta de medicamentos) y este puede mejorar cuando se sigue el tratamiento.

Las enfermedades orgánicas, como diabetes e hipertensión causan insomnio, como resultado de la ansiedad y estrés. Estos síntomas dependen del diagnóstico que se les da y del tratamiento y medicación apropiada.

Es importante entender que el insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la vejez.

Una alrededor de una cuarta parte de la población adulta, sufre dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, y un tanto más en las ancianas.

En ancianos, el insomnio es frecuente, complejo y a veces difícil de resolver debido a que normalmente los parámetros fisiológicos del sueño cambian al envejecer. En la valoración inicial es útil identificar algunas características que producen insomnio en ancianos: consumo de medicamentos, tabaquismo y ninguna práctica de ejercicio.

4.1 DISCUSION.

Al inicio de esta investigación se planteo la pregunta que muchas personas se hacen desde hace algún tiempo:

¿Qué relación existe entre el insomnio y el estado de ánimo en el Adulto?

El insomnio según Buela- Casal y col. (1990), es un trastorno cuya característica principal es la reducción de la capacidad de dormir como consecuencia de factores psicológicos, biológicos y/o ambientales.

El insomnio tiene varias causas, las cuales pueden concurrir en un mismo paciente, como enfermedades orgánicas, reacción a medicamentos, desórdenes psiquiátricos e higiene del sueño deficiente. Además, la bibliografía actual señala que el insomnio se relaciona más estrechamente con factores psicológicos (depresión, neurosis, ansiedad) que con hábitos de vida o indicadores de salud (ingesta de medicamentos), y esto tiene consecuencias cuando se elige el tratamiento.

Las enfermedades crónicas con tendencia a empeorar causan insomnio, como insuficiencia cardiaca, prostatismo, cáncer, fármaco-dependencia o depresión por lo que deben valorarse y recibir tratamiento apropiado.

Es importante entender que el insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la actualidad.

Toca alrededor de una cuarta parte de la población adulta, siendo dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, y un tanto más en los ancianos.

En ancianos, el insomnio es frecuente, complejo y a veces difícil de resolver debido a que normalmente los parámetros fisiológicos del sueño cambian al envejecer. En la valoración inicial es útil considerar algunas características que predicen insomnio en ancianos: consumo de medicamentos, tabaquismo y ninguna práctica de ejercicio.

Según Carapia (2002), las personas que padecen insomnio tienen la sensación de que su sueño es impredecible e incontrolable, además tienen signos de ansiedad, depresión o neurosis. La ansiedad y la depresión se relacionan positivamente con el insomnio y negativamente con la duración del sueño.

Los criterios diagnósticos del insomnio, según Buela-Casal (1990), son:

- g) Que la latencia del sueño sea superior a 30 minutos.
- h) Que el tiempo total de vigiliadas nocturnas sea superior a 30 minutos
- i) Que el tiempo total de sueño por noche sea inferior a 6 horas y media
- j) Tener somnolencia diurna y decremento del rendimiento
- k) Los síntomas deben presentarse tres o más veces por semana
- l) La duración de la sintomatología debe ser superior a un mes

Estos criterios de diagnóstico deben constituir un conjunto de parámetros (fisiológicos, motores y cognitivos), a tener en cuenta pero nunca utilizando como referencia valores absolutos (Buela-Casal y col., 1990).

Salín Pascual (2002), señaló con el lema “Abre tus ojos al sueño”, que tiene como objetivo contribuir a desarrollar una cultura a favor del buen dormir y concientizar a la población sobre las consecuencias físicas, mentales, sociales y laborales del insomnio. Ya que, como se mencionó anteriormente, el insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en la población.

El insomnio afecta tanto el aspecto físico como el mental de una persona. Pero, más que las consecuencias posibles en el ámbito físico es particularmente muy molesto y causa gran incomodidad a quien lo padece, el paciente no sabe como va a pasar la noche, si se podrá dormir, además de que le preocupa el permanecer como “entre dos aguas”, es decir, ni completamente dormido, ni totalmente despierto y también le causa mucha angustia el saber que tiene que trabajar o que estudiar el día siguiente.

El encontrarse fatigado, sin poder concentrarse adecuadamente durante el día, son algunos de los elementos más irritantes para los insomnes.

Entre las consecuencias que se pueden presentar en una persona que padece insomnio, esta, la alteración del estado de ánimo, específicamente el estado de ánimo depresivo y la ansiedad.

Según Corbella (1991), la depresión es un estado de ánimo que va desde grados ligeros de tristeza o infelicidad hasta sentimientos de intenso abatimiento o profunda desesperación.

Según Corbella (1990), califica a la depresión como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por disminución de energías, sensación de abatimiento, cansancio, reducción de la autoestima, auto-desestimación, sentimiento de infelicidad, trastorno del apetito y del sueño, entre muchos otros síntomas.

En la depresión se presentan todos o algunos de los siguientes síntomas: apatía, pérdida de interés en actividades placenteras, disminución del rendimiento en el trabajo o labores de la casa, tenso, irritable, pérdida de apetito, cansancio.

La clasificación de las depresiones resulta difícil de establecer. La depresión presenta una escala de gravedad que va de lo normal a lo neurótico y a lo psicótico, o si se trata de trastornos independientes que presentan factores causales específicos. Kraepelin (citado por Bedolla, 1990) diferenció entre la depresión endógena, psicótica o vital, y la depresión exógena, psicógena, neurótica o reactiva. Se diagnóstica como endógena un cuadro depresivo cuando, además de ser especialmente grave no se encuentra un acontecimiento previo desencadenante. En cambio, las depresiones exógenas parecen estar vinculadas a experiencias vitales del individuo. Con frecuencia, estos cuadros responden favorablemente a cambios verificados en el medio ambiente, tales como la compañía de personas que animen al sujeto, o un cambio de actividades que le distraigan. La etiología de la depresión psicótica tendría su origen en factores genéticos o metabólicos, mientras que la reactiva sería la respuesta neurótica a un estrés externo excesivo.

En la llamada depresión de tipo neurótico existe un elemento de pesimismo que se agrega a la tristeza causada por un pérdida, cuando la depresión alcanza tal intensidad que el sujeto que la experimenta no puede ver las cosas si no en el sentido de su estado de ánimo y no como realmente son.

Este estado se debe a un conflicto interno, real o figurado, o un acontecimiento precipitante identificable, como puede ser la pérdida de un ser querido o un bien muypreciado. Se diferencia de la psicosis entre otros motivos porque no comprende ideas delirantes ni alucinatorias.

Los contenidos de los pensamientos depresivos se caracterizan por apoyarse en aspectos de la vida cotidiana y real del paciente. En su trabajo, en su situación afectiva personal o en cualquier circunstancia de su vida hay algo que le preocupa y constituye para él una situación conflictiva que suele vivir como insoluble. El tipo de pensamiento suele ser obsesivo o, cuando menos, repetitivo. A menudo, este estado se acompaña de ansiedad, lo que dificulta su diferenciación de la neurosis de angustia, si bien, la ansiedad es un miedo inmotivado, y la depresión, una tristeza inmotivada.

Normalmente, en la misma proporción que en la neurosis de angustia aparecen síntomas depresivos, las depresiones neuróticas se acompañan de ansiedad y, salvo en aquellos casos en los que uno de los síntomas es claramente predominante, es posible que se presenten juntos, o que un mismo paciente pase de uno a otro estado en distintos momentos de su vida.

El diagnóstico (según Corbella 1990), de neurosis depresiva se basa en la presencia dominante de una tonalidad afectiva hipotímica (descenso del humor o estado de ánimo) o la coexistencia de elementos depresivos y ansiosos en un mismo enfermo. La evolución es insidiosa, con tendencia a la cronicidad con un curso irregular y variaciones condicionadas por los estímulos ambientales. Una de las características de la neurosis depresiva es la excesiva prolongación en el tiempo de un estado depresivo que, en un primer momento, se consideró normal ante un determinado problema o disgusto.

Las personas que experimentan anorexia, náuseas, fatiga, trastornos del sueño y sentimientos deprimidos pueden reflejar síntomas emocionales atribuidos a un problema médico; estos síntomas pueden ser también manifestaciones de depresión que se expresa

de manera somática. Por tanto, hay confusión aún para reconocer la depresión. Esta puede manifestarse como pesar, enfermedad médica, disfunción cerebral orgánica (crónica o aguda), reacción a los problemas de adaptación, reflejo de una alteración importante del humor (enfermedad unipolar o bipolar), o trastorno del humor acompañado de alteraciones como trastorno ciclotímico y distímico.

La sociedad está empezando a reconocer a la depresión como un problema importante de salud pública. Dos de las iniciativas que han llamado la atención hacia el problema de la depresión, y sugieren que debe ser considerada como un problema de alta prioridad, son el Programa de Concientización, Reconocimiento y Tratamiento de la Depresión en los Estados Unidos de Norteamérica, que cuenta con el apoyo del Instituto Nacional de Salud Mental (Regier y col., 1988), y la Campaña de Combate a la Depresión en Gran Bretaña (Paykel y Priest, 1992). A menudo se subestima el impacto de la depresión tanto en términos del sufrimiento personal como el de la carga económica sobre el sistema de salud y la comunidad.

La depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. El riesgo de esta enfermedad aumenta de 2 a 3 veces cuando existe una historia familiar de depresión (Weissman, 1987). La edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 44 años, la cual coincide con la etapa de mayor productividad en el empleo, así como con los años de maternidad.

En nuestro país, un reciente estudio (Caraveo y col., 1999) muestra los siguientes datos: la prevalencia de los trastornos depresivos es de 12% en la población estudiada. El índice de recurrencia fue del 59%, ya que estas personas reportaron más de un episodio depresivo. La edad promedio en la que se inició este padecimiento se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida y se evidenció que la proporción respecto al género fue de dos mujeres por cada hombre afectado.

Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (septiembre, 2001), en uno de sus reportes, señala que numerosos estudios epidemiológicos en México, han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población en general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12%. Un estudio realizado en 1995 reporta una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. Las cifras de prevalencia

en México presentan un patrón más elevado de acuerdo al grupo etéreo evaluado, por ejemplo, en niños en etapa escolar ha sido reportada hasta en un 36%, lo mismo sucede con los ancianos, en quienes se presentan cifras similares. La mayoría de los estudios transversales han establecido que existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%).

Otra de las consecuencias que aparecen en las personas que padecen insomnio también es la ansiedad.

Según Berlanga (2000), la ansiedad es el aumento de activación, se puede manifestar de diferentes formas como irritabilidad, mala concentración, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora.

Según Solomon y Match (1980) la ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados. Es normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de la vida cambiante rápidamente y que requiere una adaptación continua. Los progenitores y maestros al igual que los psiquiatras concuerdan en que la ansiedad "normal" motiva al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. La ansiedad excesiva, no solo hace infeliz al individuo sino que tiene un efecto negativo sobre su funcionamiento.

La ansiedad es primariamente un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. Se manifiesta por ciertas clases de conducta y va acompañada por cambios fisiológicos característicos.

Que la ansiedad sea normal o anormal depende de su intensidad y duración y de las circunstancias que la causan. En el uso común el miedo y la ansiedad se diferencian con frecuencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad el resultado de causas obscuras e irracionales.

Los progenitores y maestros al igual que los psiquiatras concuerdan en que la ansiedad "normal" motiva al individuo a la acción útil y desempeña un papel importante en el cambio benéfico y en el crecimiento de la personalidad. La ansiedad excesiva, no solo hace infeliz al individuo sino que tiene un efecto negativo sobre su funcionamiento.

La gente excesivamente ansiosa por lo general tiene sensaciones desagradables en su cuerpo. La mayor parte de ellas pueden ser atribuidas a mecanismos psicofisiológicos; por ejemplo, dolor precordial y sensaciones extravagantes en la cabeza tales como hinchamiento, o sensación o crepitación o de escurrimiento. El individuo ansioso puede o no reconocer que sus síntomas físicos son debido a causas emocionales. Si no lo reconoce, decide en forma característica que está físicamente enfermo y fundamenta en los síntomas la base de su temor y preocupación

La ansiedad a menudo vuelve a una persona hiperalerta, irritable e incierta. Puede inquietarse o permanecer tensa, inmóvil. Puede ser excesivamente dependiente agarrándose a cada palabra del médico, o tan preocupado con sus aflicciones que con dificultad le puede prestar atención. Es factible que hable en exceso. Duerme mal.

Generalmente el interés y la función sexual están alterados. La ansiedad intensa constriñe el alcance de las actividades cotidianas del individuo y disminuye su productividad en el trabajo. Puede alterar la concentración, la memoria, el raciocinio abstracto, la habilidad para calcular y la eficacia psicomotora.

Las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad, según Corbella (1990), son las siguientes:

- h) Perspiración excesiva.
- i) Tensión músculo-esquelética: cefalalgia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.
- j) Respiraciones suspirantes.
- k) Síndrome de hiperventilación: disnea, vértigo, parestesias.
- l) Trastornos funcionales gastrointestinales: dolor abdominal, anorexia, náusea, mal sabor en la boca, distensión, diarrea, constipación, sensación de "vacío" en el estómago.

- m) Irritabilidad cardiovascular: hipertensión sistólica pasajera, contracciones prematuras, taquicardia, desfallecimiento.
- n) Disfunción genito-urinaria: frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico en las mujeres, frigidez.

En este estudio se decidió explorar la relación del insomnio con el estado de ánimo del adulto en una muestra constituida por 72 adultos entre los 19 y 40 años, de consulta externa del Sanatorio de la Luz de Morelia, Michoacán, y que ya cuentan con el diagnóstico médico de insomnio, a los cuales se les aplicó la Escala de Depresión de Hamilton, la cual no solamente mide la depresión sino también el insomnio y la ansiedad, además de una entrevista para corroborar datos y con Historia Clínica Médica con la que contaba el paciente.

Para la realización de esta investigación, tomamos en cuenta solamente dos tipos de ansiedad que son:

a) La ansiedad somática que es aquella en la cual se presentan concomitantes fisiológicos de la ansiedad como lo son: la hiperactividad autonómica, indigestión dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, dolor se cabeza, urgencia en la micción y síntomas de pánico.

b) La ansiedad psíquica, en este tipo de ansiedad, la persona se siente tensa, es incapaz de relajarse, esta irritable, se preocupa de aspectos triviales, presenta síntomas fóbicos, la persona es muy aprensiva y tiene miedo de perder el control, puede presentar episodios de pánico.

Respecto a los resultados que arrojó la presente investigación se encontró una muestra donde hay una dominancia de mujeres sobre hombres (1.5 mujeres por cada hombre en términos proporcionales) con una edad promedio de 20 años.

Esta muestra estuvo muy equilibrada y consistente, siendo un factor además del diseño de investigación por lo que no se encontraron significancias estadísticas. Sin embargo, sí se encontró un comportamiento de variables que explica la relación que existe entre éstas. Por lo tanto, los resultados de esta investigación no son

estadísticamente significativos ya que según los resultados obtenidos a través de la prueba de correlación de Pearson no fueron mayores o iguales a +/- .70 en ninguna de las variables correlacionadas. Además de que los resultados no son generalizables, solo tienen aplicabilidad para esta población y esta muestra.

Por la consistencia y equilibrio que se observa en la muestra de estudio, podemos pensar que el método que se utilizó para seleccionar a las personas que la integran fue funcional para la investigación, ya que lo que se buscó era que todos padecieran insomnio en algún grado y así fue, aunque esto también tiene que ver con que según la Academia Mexicana de Trastornos del Sueño (2002), en el mundo, el 30% de la población padece o padecerá en cualquier momento de su vida algún trastorno relacionado con el sueño, y sólo en México el índice asciende a 40% de la población, por lo que no es difícil encontrarnos con alguien que lo padezca, lo que se confirma con el número de pacientes investigados.

Respecto a la edad como ya se había mencionado anteriormente predominan los sujetos de 20 años, son personas que están cursando los primeros semestres de la educación superior, y que debido al estrés que sienten son personas que tienden a presentar insomnio aunque en otros estudios realizados anteriormente en Europa y Estados Unidos (Carapia 2002), la mayoría de la gente que padece insomnio son personas de la tercera edad (20%) y personas de edad adulta (5%). Según nuestra muestra de estudio los sujetos que padecen de insomnio por consecuente presentan depresión y ansiedad, en sus distintos ámbitos y grados, de la misma manera en este rango de edad se observa una reincidencia a tener un estado de ánimo depresivo y a presentar signos de ansiedad.

Respecto al sexo de las personas que integran la muestra de la investigación predominan las mujeres en la mayoría de los casos, presentando estado de ánimo depresivo en mayor grado que los hombres, aunque según Weissman (1987) la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres. El riesgo de esta enfermedad aumenta de 2 a 3 veces cuando existe una historia familiar de depresión. La edad de más alto riesgo es entre los 25 y los 44 años, la cual coincide con la etapa de mayor productividad en el empleo, así como con los años de maternidad. En nuestro país, un reciente estudio que realizaron Caraveo sus colaboradores en 1999, muestra los

siguientes datos: la prevalencia de los trastornos depresivos es de 12% en la población estudiada. El índice de recurrencia fue del 59%, ya que estas personas reportaron más de un episodio depresivo. La edad promedio en la que se inició este padecimiento se ubicó en la segunda mitad de la tercera década de la vida y se evidenció que la proporción respecto al género fue de dos mujeres por cada hombre afectado. Un estudio realizado en 1995 reporta una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. Y en cuanto a los resultados de nuestra investigación podemos reiterar estos datos, ya que del total de la muestra solamente el 4.2 % no presenta estado de ánimo depresivo y son las mujeres las que tienen una mayor tendencia a presentarlo con el 40.3% contra un 19.4% que se observa en los hombres. Dentro de nuestra investigación también se encontró una reincidencia en las mujeres a presentar ánimo depresivo y ansiedad, que son dos aspectos que también se tomaron en cuenta en este estudio, los resultados obtenidos son siguientes:

Dentro del ánimo depresivo se tomo en cuenta, el sentimiento de culpa y el suicidio.

En cuanto al sentimiento de culpa el cual abarca la culpabilidad patológica y no solamente autoculparse, nuevamente se observa una reincidencia en las mujeres con un 18.7% del total de nuestra muestra, a diferencia de los hombres en los cuales el sentimiento de culpa se presenta en un 13.7%.

En lo referente al suicidio tomando en cuenta que se califica tanto ideas y actitudes como intentos de suicidio, nuevamente son las mujeres las que tienen una mayor tendencia a presentar pensamientos o actos suicidas con un 11.1% del total de la muestra y en cambio, el 0.13% de los hombres del total de la muestra son los que presentan estos pensamientos o actos.

En esta investigación también calificó la ansiedad y dentro de esta, la agitación, la ansiedad psíquica y la ansiedad somática.

En cuanto a la agitación, en la cual se considera tanto la agitación psicomotora como sus combinaciones con leve retardo ya sea psicomotor o en el lenguaje se obtuvieron los siguientes resultados, al igual que en los casos anteriores las mujeres

tienen mayor tendencia a presentarla con al 48.6% a diferencia de los hombres que tienen un 37.5% del total de la muestra.

En la ansiedad psíquica, en la cual el paciente se siente tenso, incapaz de relajarse, irritable, que se preocupa de aspectos triviales, puede presentar síntomas fóbicos, aprensivos, miedo a perder el control y episodios de pánico, se obtuvieron los siguientes resultados, al igual que en los casos anteriores el 45.8% de las mujeres y la presentan y solamente un 27.7% de los hombres.

En lo referente a la ansiedad somática, en la cual se califican concomitantes fisiológicos de la ansiedad como hiperactividad, indigestión, dolor estomacal, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, sudoración, bochornos, temblor, cefalea, urgencia en la micción y síntomas de pánico, los resultados obtenidos son los siguientes: nuevamente las mujeres presentan una tendencia con el 33.3% de la muestra a diferencia de los hombres que presentan un 18.05% del total de la muestra de estudio.

Y por último, cuanto al insomnio la muestra es proporcional tanto en los hombres como en las mujeres, es decir, no existe una diferencia marcada entre los sexos para que padezcan esta patología del sueño, ni los hombres ni las mujeres están exentos de padecerlo en alguna etapa de la vida.

Cabe mencionar que, aunque no se encontraron estudios anteriores acerca de la agitación ni de la ansiedad para poder hacer comparaciones entre los sexos para ver en quienes es más común que prevalezcan estas.

Por lo tanto, para esta muestra de estudio se puede afirmar que el insomnio si esta relacionado de alguna forma con la depresión y la ansiedad. Al no existir insomnio es menos posible que exista depresión y ansiedad.

4.2 CONCLUSIONES.

A lo largo, de esta investigación, en la cual se trató de comprobar la relación que existe entre el insomnio y el estado de ánimo del adulto, tomando como estado de ánimo la depresión y la ansiedad, concluimos lo siguiente:

Primeramente, es importante mencionar que el sueño es fundamental para el mejor desarrollo y rendimiento de todo ser vivo.

El sueño cumple diversas funciones esenciales en el ser humano como los son, restaurarnos del agotamiento y desgaste que tenemos durante la vigilia, así como para mantener el funcionamiento normal del cerebro, protege nuestra corteza cerebral y el organismo en su conjunto, además nos ayuda a conservar la energía, algunos autores creen que el sueño, cumple una función de adaptación y supervivencia, además, el sueño es muy importante en los primeros años de vida ya que es fundamental para la maduración cerebral, y también sirve para la consolidación de la memoria a largo plazo, estas son algunas de las funciones que desempeña el sueño, y es por esto que es de suma importancia investigar de que manera influyen el insomnio en los seres humanos.

El insomnio es el trastorno del sueño que más afecta a nuestra sociedad, ya que, solamente en México este padecimiento asciende al 40% de la población adulta, y tiene importantes consecuencias tanto físicas como mentales en las personas que lo padecen, por suerte, en la actualidad existen diversos tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos para combatirlo, pero aún así falta profundizar en el estudio de los trastornos del sueño.

En nuestra investigación, pudimos corroborar la prevalencia del insomnio, ya que nuestra muestra fue integrada por 72 personas que lo padecen, aunque era requisito para los pacientes que la integran, se observó que una gran cantidad de las personas acuden a consulta externa en el Sanatorio de la Luz de Morelia Michoacán (lugar donde se aplicaron las pruebas) llegan con este padecimiento. Con lo cual podemos afirmar que sí es un padecimiento común de la sociedad en la actualidad.

Como la finalidad de esta investigación es ver la relación entre el insomnio y el estado de ánimo depresivo y la ansiedad, ahora hablaremos un poco de las últimas dos.

La depresión es un estado de ánimo que va desde grados ligeros de tristeza o infelicidad hasta sentimientos de intenso abatimiento o profunda desesperación, y es un problema de salud pública que afecta más a las mujeres que a los hombres, el rango de edad de más alto riesgo, va de los 25 a los 44 años, en la actualidad existen ya, muchas posibilidades para el tratamiento de la depresión.

Concluyendo, nuestra investigación y comparando con estudios anteriormente hechos acerca de la depresión, nuevamente, pudimos corroborar con nuestro estudio, la tendencia de las mujeres a padecer depresión o a tener un estado de ánimo depresivo, la diferencia es que en nuestra muestra, la cual va de un rango de edad de 19 a 40 años, la prevalencia es en las personas de 20 años de edad, lo que difiere un poco con los estudios anteriores que han realizado otros autores.

La ansiedad, es todavía menos estudiada que los dos anteriores, esta se define como un aumento de activación, se puede manifestar de diferentes formas como irritabilidad, mala concentración, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora, etc. Con la realización de este estudio se pudo observar que también es un padecimiento común en nuestra sociedad, aunque por la falta de estudio de esta no se encontraron otras investigaciones referentes a esta por lo que no hubo factores de comparación en cuanto a prevalencia, edad u otros aspectos de la ansiedad.

Al realizar esta investigación, se observó que la relación entre estos no es estadísticamente significativa, por lo que se aceptaron las hipótesis nulas 1 y 2 y se rechazaron las hipótesis de investigación 1 y 2, es decir, que el insomnio no está relacionado significativamente con el estado de ánimo depresivo en los adultos y el insomnio no está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos, pero por el contrario, el insomnio está relacionado significativamente con el estado de ánimo depresivo en los adultos y también, el insomnio está relacionado significativamente con la ansiedad en los adultos.

El comportamiento detectado fue que en las personas que padecen insomnio los niveles de depresión, de ansiedad psíquica y de ansiedad somática son más elevados, esto quiere decir, que mientras menos duermen es más fácil que presenten un estado de ánimo depresivo y con esto por consiguiente sentimiento de culpa e ideas de suicidio, al igual que con el ánimo depresivo, también es más factible que sienten ansiedad psíquica y sobre todo ansiedad somática.

SUGERENCIAS Y
LIMITACIONES

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Que las personas que quieran evaluar estos datos de los datos de este estudio, basen en su día las siguientes sugerencias:

1. Que la muestra de estudio se realice en el Hospital San Juan de Dios, ya que es el lugar que tiene el mayor número de personas que padecen de hipertensión.

2. Que el estudio se realice al mismo número de mujeres que de hombres, para que la muestra sea equitativa.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

3. Que la muestra sea integrada por personas de ambos sexos, para que el estudio sea representativo. Para que al igual que la anterior la muestra sea equitativa y se obtengan resultados comparativos, también en estas las sugerencias.

4. Que se le sugiera a un la tres o más personas que se lleva a cabo desde el momento de la investigación, para que los resultados que se obtengan sean más precisos y se obtengan resultados comparativos, también en estas las sugerencias.

5. Que se sugiera a un la tres o más personas que se lleva a cabo desde el momento de la investigación.

6. Que se sugiera a un la tres o más personas que se lleva a cabo desde el momento de la investigación, para que los resultados que se obtengan sean más precisos y se obtengan resultados comparativos, también en estas las sugerencias.

7. Que se sugiera a un la tres o más personas que se lleva a cabo desde el momento de la investigación, para que los resultados que se obtengan sean más precisos y se obtengan resultados comparativos, también en estas las sugerencias.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES:

Que las personas que quieran realizar alguna investigación acerca de este tema, tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- Que la muestra de estudio no se limite a pacientes de un Hospital aunque con esto, se tenga que crear un instrumento para diagnosticar el insomnio.
- Que el estudio se realice al mismo número de mujeres que de hombres, para que la muestra sea equitativa y los datos que arroje la investigación sean más comparativos, tomando en cuenta el género.
- Que la muestra sea integrada por igual número de personas de cada edad, respetando el rango planteado. Para que al igual que la anterior la muestra sea equitativa y se obtengan resultados comparativos, tomando en cuenta las diferentes edades.
- Que se la supervisión de la tesis en la parte estadística se lleve a cabo desde el inicio de la investigación, para que los instrumentos que se utilicen sean los indicados para dicho estudio, además de que mientras más familiarizada este la persona que nos va supervisar con el tema más rápida y sencilla será la interpretación estadística.
- No se encontró mucha bibliografía acerca del tema de investigación.
- Se tuvo que ampliar el número de personas que integran la muestra de estudio que se había planteado al inicio de la investigación, con el fin de que fuera más equitativa en cuanto a edad y sexo, pero aún así esto no se logro.
- Se necesitó demasiado tiempo para reunir a las personas integrantes de la muestra, ya que para realizar dicha investigación se planteo que el estudio se realizara en personas que ya tuvieran diagnosticado el padecimiento médico de insomnio y que además, ya contarán con una Historia Clínica Médica realizada, en el Hospital.

- En esta investigación, se discriminó a las personas mayores de 40 años de edad, ya que, cuando el insomnio se presenta a partir de esta, es propio de la edad adulta mayor; pero esto también retardó la aplicación de pruebas, ya que varios de los pacientes se salían del rango de edad propuesto en la investigación.

REFERENCIAS

ALAN AL... (2002)... <http://www...>

ARIZO A. M. (1998). Cien años de psicología. Mexico: Mc Graw Hill.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1997). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. España: Masson.

REFERENCIAS

ASOCIACION PSICOLÓGICA MEXICANA
ANEXO 1/A

BANKS J. H. (2001). Insomnio. México: Futuro.

CHAVARRA, H. (1985). Psicología. México: Prentice Hall.

DE LA TORRE, J. (1997). El diagnóstico de la depresión. Madrid.

BLACK, J. H. (2001). Comorbidity of depression and anxiety. www.depression.com.html

DE LA TORRE, J. (1990). Enciclopedia de psicología. España: J.M. Espinosa. Tomo 1.

DE LOACH, A. (1996). Manual de psicopatología. México: Mc Graw Hill.

MERLANGA, C. (2001). Ansiedad y depresión. México: Br. J. Psychiatry.

HELFER, M.D., Dren, D.A. (1997). Gender differences in depression. *Medscape Womens Health USA*, Volumen 1, p. 17, 21-24.

BOGGSIN, J. (1996). A cluster analysis of insomnia. *USA: Sleep*.

REFERENCIAS.

- ABASCAL, M. (2002). Insomnio. México. Internet.
<http://www.udomfyc.org/descarga/sesiones/2002/3/insomnio.PDF>.
- ARDILA, M. (1990). Cien años de psicología. México. Mc Graw Hill.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1996). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV. España. Masson.
- ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA. (2001). Simposio de neurociencias. México. APM.
- BAKER, H. (2000). Insomnio. México. Roche.
- BARON, R. (1985). Psicología. México. Prentice may.
- BATAILLE, L. (1992). El ombligo del sueño. Argentina. Paidós.
- BECK, H. (2002). Consecuencias of depression. USA. Internet.
<http://www.depresión.com.html>.
- BEDOLLA, J. (1990). Enciclopedia de psicología. España. J.M. Ediciones. Tomo (7).
- BELLOCH, A. (1996). Manual de psicopatología. México. Mc Graw Hill.
- BERLANGA, C. (2001). Ansiedad y depresión. México. Br. J. Psychiatry.
- BLEHAR MD, Oren DA. (1997). Gender differences in depression. Medscape Women's Health. USA. Volúmen 7. p. (5), 7, 25-32.
- BOOTZIN, J. (1996). A cluster analysis of insomnia. USA. Sleep.

- BOVASSO, G. (2000). Insomnio and depression. American Journal of Psychiatry.
- BUELA-CASAL. (1990). Los trastornos del sueño. México. Mc Graw Hill.
- CABRERA, D. (1983). Tratamiento del Insomnio. España. Plaza & Janes Editores.
- CARAVEO, J. (1999). Revista salud mental. México. Volumen 22. p(2) 5, 20-30.
- CHAPLIN, J. (1995). Nueva psicología. México. Interamericana.
- CHAZAUD, J. (1987). La psicoterapia del sueño. España. Oikos Tao Barcelona.
- CLUYDTS, R. (2000). Manejando el impredecible patrón del Insomnio. Bélgica. Europa Press.
- CONACYT. (1997). Psicología. México. CONACYT.
- CORBELLA, J. (1990). Enciclopedia práctica de psicología, Tomo 5. España. Plaza & Janes Editores.
- COOLICAN, H. (2000). Métodos de investigación y estadística en psicología. México. Manual Moderno. Segunda Edición.
- COURSEY y col., (1980). National slepp foundation and gallup organization. Sleep in América. USA. National Sleep Foundation.
- CRIDER, S. (1990). Psicología. USA. Scott, F. & Company.
- Enciclopedia de psicología. (1986). Colombia. Océano.
- ENGLER, B. (1992). Teorías de la personalidad. México: Mc Graw Hill.
- ESCOBAR, F. (2000). Tratamiento no farmacológico del insomnio crónico. Colombia. Internet. <http://www.geocities.com/feescob/manejo.html>.

ESTIVILL, H. (2000). Musicoterapia. México. Internet.
<http://www.tratamientoinsomnio.com.html>.

FERKETICK, AK. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. USA. National Health and Nutrition Examination Survey. Archives of Internal Medicine.

FRANK, E. (1993). Efficacy of treatments for major depression. USA. Psychopharmacology Bulletin.

HARMAN, L. (1980). El buen dormir. México. Internet.
<http://www.elbuendorimir.com.html>

HEANEY, S. (2001). Morfeo la visión enigmática del sueño. México. Sanofi-synthelabo.

HOBSON, D. (1990). Los sueños. USA. Internet. <http://www.sueños.com.html>.

KAMEROW, D. (1990). Psiquiatría. México. Manual Moderno.

LICK y col., (1977). Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis. USA A National Coperative Study.

MAHON, A. (1980). The experience of insomnia USA. National Commission of Sleep Disorders Research.

MANZO, M. (2002). Tesis de maestría la motivación al logro en la adolescencia y su Relación con la Depresión. Facultad de Psicología UVAQ. México. Prentice Hall.

MORIN, C. (2001). Psicología conductual. México. Internet.
<http://www.apicsa.com/revista/vol2n3es.html>

MORRIS, G. (1992). Psicología: un enfoque nuevo. México. Prentice Hall.

MUNGUÍA, J. (2002). Funciones del sueño. España. Internet.
<http://www.oniria.iespafia.es/oniria/funciones.html>

NAVARRETE, E. (1997). Manual para la elaboración de un proyecto. México. Universidad Intercontinental.

PAPALIA, D. (1988). Psicología. México. Mc Graw Hill.

PEARLS, F. (1940). Sueños y existencias. México. Cuatro Vientos.

PÉREZ, G. (1998). Psicología onírica. México. Trillas.

RALP, R. (1995). Técnica y práctica. México. Siglo XXI.

ROBLES, S. (1982). Analizabilidad del paciente. México. Trillas.

SALIN, P. (2002). Dr. Insomnio. México. Internet. http://www.dr_insomnio.com

SHULTZ, H. (1999). Tratamiento del insomnio. México. Internet.
<http://www.secpal.com/biblioteca/index.php?acc=verart&idart=169>

SIERRA y col., (1989). El sueño. México. Manual Moderno.

SOLOMON, M. (1979). Insomnia and anxiety and its treatment. USA. Prevalence and correlates.

STARKE, R. (1989). Atlas clínico. México. Manual Moderno.

STEPHEN, W. (1995). Psicología, fundamentos y aplicaciones. México. Prentice Hall.

STERMAN, J. (1980). El efecto placebo. México. Internet.
http://www.usma.ac.pa/publicaciones/cipsu/mainieri_1.html

UNAM. (1993). Psicología. México. UNAM.

VON, H. (1990). *Psicología General*. México. Harla.

WEISSMAN, M. (1983). *Interpersonal psychotherapy of anxiety*. USA. Basic Books.

WHITTAKER, M. (1985). *Psicología*. México: Mc Graw Hill.

ANEXOS

ANEXOS

INSTRUCCIONES: SECCION DE CADA REALIZACION DE LA ESCALA DE DEBILIDAD DEL ENTRENAMIENTO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACION

FICHAS DE CONSULTA

ANEXO I

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON¹

Nombre del Paciente _____

INSTRUCCIONES: (SELECCIONE DE CADA REACTIVO UNA SOLA OPCIÓN QUE CARACTERICE AL ENFERMO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN).

FECHAS DE CONSULTA

1. **ANIMO DEPRESIVO:** (tristeza, desesperanza, pesimismo, autodevaluación, actitud, posturas, voz, llanto, expresión facial.)

0 = Sin depresión.

1 = Dudoso o trivial: la evidencia conductual o verbal aparece sólo al momento de preguntar específicamente.

2 = Leve: Llanto ocasional; sentimientos de tristeza que aparecen sólo al interrogatorio.

3 = Moderado: evidencia conductual obvia, llanto frecuente y las quejas de depresión aparecen por medio de comunicación espontánea.

4 = Severo: exhibe virtualmente sólo estos sentimientos depresivos, de manera espontánea en forma tanto verbal como no verbal.

2. **SENTIMIENTOS DE CULPA:** (culpabilidad patológica y no sólo autoculparse)

0 = Ausentes.

1 = Dudosos o triviales: sentimientos de autorreproche.

2 = Leve: ideas de culpa expresadas espontáneamente.

3 = Moderado: Creencias de que la enfermedad puede ser un castigo, ruminaciones sobre errores pasados, considera que la enfermedad y el sufrimiento son merecidos.

4 = Severo: delirios de culpa, se acusa a sí mismo de culpas extrañas o imposibles, pide que lo maten debido a pensamientos delirantes, puede tener alucinaciones auditivas o visuales que lo denuncian o acusan, convencido de que su presencia genera enfermedades en otros.

3. **SUICIDIO:** (ideas o actitudes durante la última semana)

0 = Ausente.

1 = Dudoso o trivial: respondiendo a cuestionamiento directo menciona que su vida está vacía o que no tiene sentido vivirla.

2 = Leve: pensamientos recurrentes de muerte, deseos de morir que se expresan espontáneamente o bien por interrogatorio.

3 = Moderado: incluye 2 de los siguientes aspectos en conjunto con pensamientos suicidas o actitud indicativa de los mismos: aislamiento, gestos suicidas, amenazas o discusiones con otras personas.

4 = Severo: intento de suicidio.

4. **INSOMNIO INICIAL:** (Dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse)

0 = Ausente.

1 = Leve, trivial infrecuente: tarda menos de 30 minutos.

2 = Obvio y severo: más de 30 minutos la mayoría de las noches.

| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

Aropax*
paroxetina

5. **INSOMNIO INTERMEDIO:** (dificultad para mantener el sueño)

0 = Ausente.

1 = Leve o infrecuente: se queja de estar inquieto durante la noche, si se levanta al baño tarda mucho en volverse a dormir.

2 = Obvio y severo: el paciente se despierta más de una vez a lo largo de la noche después de haber iniciado el sueño, y tiene grandes dificultades para volver a dormir. Si tiene que levantarse de la cama (sin que sea para ir al baño) y se pone a leer y a fumar se debe calificar como 2.

6. **INSOMNIO FINAL:** (despertar temprano, antes de lo habitual)

0 = Ausente.

1 = Leve, infrecuente: se despierta antes de lo habitual, pero con frecuencia vuelve a dormir hasta más tarde.

2 = Obvio y severo: despierta 1 - 3 horas antes de lo habitual y no vuelve a conciliar el sueño.

7. **TRABAJO E INTERESES:** (apatía, pérdida de intereses en actividades placenteras, incapacidad de obtener satisfacción, disminuye su rendimiento en el trabajo o en las labores de la casa. NO considerar en este reactivo fatiga o poca energía).

0 = Sin alteraciones.

1 = Dudoso o trivial: se siente incapaz, poco eficiente.

2 = Leve: tiene que esforzarse para realizar actividades habituales, no tiene intereses, obtiene pocas satisfacciones.

3 = Moderado: disminución clara de su eficiencia, no cumple con el trabajo, disminuye su horario laboral, distracciones y actividades recreativas, Califique 3 si el paciente no se involucra espontáneamente en actividades cotidianas.

4 = Severo: dejó de trabajar por la enfermedad, no se baña ni atiende su arreglo personal, etc. No se involucra en actividades a pesar de que sea motivado por otras personas.

8. **RETARDO:** (psicomotor, lentitud en pensamiento, lenguaje y movimientos, debe calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente)

0 = Ausente.

1 = Leve: leve aplanamiento afectivo, poco expresivo.

2 = Moderado: voz monótona, tarda en contestar, se mueve poco.

3 = Severo: retardo, prolonga la entrevista marcadamente, lentitud en movimientos, tarda excesivamente en contestar.

4 = Extremo: estupor depresivo, entrevistarle es imposible.

9. **AGITACION:** (psicomotora, en formas leves puede presentarse combinada con leve retardo, pueden coexistir agitación motora y retardo en el lenguaje, calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente)

0 = Ausente.

1 = Leve: se mueve durante la entrevista, frotado de manos, cambios de posición en la silla.

2 = Moderado: fricción exagerada de manos, se muerde los labios, se arranca el cabello, se levanta a caminar durante la entrevista.

3 = Severo: incluye elementos de 2 más inquietud extrema que no permiten dar continuidad a la entrevista.

10. **ANSIEDAD PSIQUICA:** (tenso, incapaz de relajarse, irritable, se preocupa de aspectos triviales, síntomas fóbicos, aprensivo, miedo a perder el control, episodios de pánico)

0 = Ausente.

1 = Dudoso o trivial: expresa sensaciones sólo al interrogatorio directo, pocos síntomas y poco frecuentes.

2 = Leve: expresa espontáneamente ansiedad y condiciones relaciona-

<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Aropax*
paroxetina

- 3 = Moderado: evidencia conductual de ansiedad (distinguir de agitación), expresión espontánea de ansiedad en cantidad significativa o en frecuencia.
- 4 = Severo: La expresión de la ansiedad incluye gran parte de la comunicación verbal y no verbal, se pueden observar episodios de pánico.

11. **ANSIEDAD SOMÁTICA:** (concomitantes fisiológicos de la ansiedad como hiperactividad autonómica, indigestión, dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, cefalea, urgencia en la micción y síntomas de pánico.

- 0 = Ausente.
- 1 = Dudoso o trivial: síntomas menores y sólo expresados bajo cuestionamiento.
- 2 = Leve: describe espontáneamente los síntomas, los cuales no son marcados o incapacitantes.
- 3 = Moderado: mayor número y frecuencia de síntomas que en 2, que se acompañan de molestias por presentarlos y afectan al funcionamiento habitual.
- 4 = Severo: los síntomas son numerosos, persistentes e incapacitantes.

12. **PERDIDA DE APETITO:**

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: poco frecuente, come sin la insistencia de otros. Cantidad normal.
- 2 = Obvio y severo: reducción marcada del apetito, dificultad para comer sin la insistencia de los demás, reduce la cantidad normal de alimentos.

13. **ANERGIÁ:** (fatiga, se siente cansado y exhausto, pérdida de la energía, pesado, sin fuerza de brazos y piernas)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: poco frecuente, lo nota pero no demasiado marcado.
- 2 = Obvio y severo: se cansa fácilmente, fatiga la mayor parte del tiempo, lo menciona de manera espontánea.

14. **PERDIDA DE LA LIBIDO:** (califique sólo los cambios relacionados con la enfermedad)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve o infrecuente: baja del deseo sexual, incapacidad parcial para el desempeño de la actividad sexual.
- 2 = Obvio y severo: pérdida completa del deseo sexual.

15. **HIPOCONDRIASIS:** (preocupaciones exageradas en relación a síntomas o funciones físicas)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: ciertas preocupaciones por síntomas corporales, calificar aquí si son triviales o dudosamente patológicas.
- 2 = Moderado: presta mucha atención a síntomas corporales. Expresa pensamientos alrededor de enfermedades físicas con una tendencia a somatizar.
- 3 = Severo: convencido de que existe una enfermedad orgánica que explica su condición actual (p. ej.: cáncer, tumor cerebral, etc.), en ausencia de evidencia real para ello.
- 4 = Extremo: delirio hipochondriaco, comúnmente asociado a sentimientos inapropiados de culpa (p. ej.: sífilis, SIDA, gusanos en la cabeza, podrido por dentro, infecta a otras personas, etc.)

16. **PERDIDA DE PESO:** (deberá evaluarse a) por historia desde que comenzó la enfermedad, o b) por cuantificación desde la última visita)

(A)

- 0 = Sin pérdida de peso, según el paciente.
- 1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
- 2 = Pérdida de peso definitiva, según el paciente.

<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

Aropax*
paroxetina

(B)

0 = Pérdida menor a 0.5 kgs. de peso en el periodo evaluado.

1 = Más de 0.5 kgs. de peso.

2 = Más de 1 kg. de peso.

17. **INTROSPECCION:** (Niega enfermedad "nerviosa", atribuye la enfermedad a virus, exceso de trabajo, clima, enfermedad física, no reconoce los síntomas como de origen emocional)

0 = Ausente.

1 = Leve o dudoso: cierta negación.

2 = Obvio y severo: niega por completo estar enfermo, calificar aquí a los pacientes delirantes con hipocondriasis o con culpabilidad.

18. **VARIACIONES DIURNAS:** (complete de acuerdo a si los síntomas son más severos en las mañanas o en las tardes)

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Obvio.

*1 = peor por las mañanas

2 = peor por las tardes

*anotar pero no contabilizar.

19. **DESPERZONALIZACION Y DESREALIZACION:** (sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas)

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Moderado.

3 = Severo.

4 = Extremo.

20. **SINTOMAS PARANOIDES** (sospecha que le quieren hacer daño, que lo persiguen, etc.)

0 = Ausente.

1 = Leve: ciertas sospechas dudosas.

2 = Moderado: evidencia clara de suspicacia.

3 = Severo: presencia de ideas definitivas de referencia.

4 = Extremo: delirios de referencia y/o persecución.

21. **SINTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS:**

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Moderado.

<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

CALIFICACION TOTAL

Puede considerarse una calificación total entre 10 y 18 como una depresión leve, entre 19 y 25 como moderada y de 26 en adelante como severa

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aropax*
paroxetina

SANATORIO "LA LUZ"

HISTORIA CLINICA

FECHA: _____
CANTON: _____

DEPARTAMENTO: _____
NOMBRE: _____

DIAGNOSTICO

ANEXO II

INDICACIONES

TRATAMIENTO

- 1. FAMILIARES
- 2. HISTORIA
- 3. ANAMNESIS
- 4. EXAMEN FISICO
- 5. EXAMEN DE LABORATORIO
- 6. EXAMEN DE RADIOLOGIA
- 7. EXAMEN DE PATOLOGIA

- PERSONALES
- 1. Anatomia
- 2. Fisiologia
- 3. Fisiologia Celular
- 4. Fisiologia de los Tejidos
- 5. Fisiologia de los Organos
- 6. Fisiologia de los Sistemas
- 7. Fisiologia de la Nutricion
- 8. Fisiologia de la Reproduccion
- 9. Fisiologia de la Salud
- 10. Fisiologia de la Enfermedad
- 11. Fisiologia de la Vejez
- 12. Fisiologia de la Adolescencia
- 13. Fisiologia de la Infancia
- 14. Fisiologia de la Gestacion
- 15. Fisiologia de la Lactancia
- 16. Fisiologia de la Menstruacion
- 17. Fisiologia de la Menopausia
- 18. Fisiologia de la Andropausia
- 19. Fisiologia de la Geriatria
- 20. Fisiologia de la Gerontologia

ALIMENTACION

SANATORIO "LA LUZ"

HISTORIA CLINICA

NUM. DE REGISTRO

NOMBRE DEL ENFERMO			SEXO
EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	
LUGAR DE NACIMIENTO		RESIDENCIA	
DIRECCION		FECHA DE ADMISION	
FECHA DE BAJA			

DIAGNOSTICO

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES

FAMILIARES

- 1.- Tuberculosis
- 2.- Carcinoma
- 3.- Alcoholismo
- 4.- Diabetes
- 5.- Obesidad
- 6.- Alergia
- 7.- Hipertensión
- 8.- Padecimientos mentales o nerviosos
- 9.- Otros

PERSONALES

- 1.- Alcoholismo
- 2.- Tabaquismo
- 3.- Drogas Tóxicas
- 4.- Infecciones Contagiosas de la Infancia
- 5.- Tuberculosis
- 6.- Enfermedades Venéreas
- 7.- Salmonelosis
- 8.- Tifo
- 9.- Neumonías
- 10.- Otras Infecciones
- 11.- Paludismo
- 12.- Parásitosis Intestinales
- 13.- Disenterías
- 14.- Alergia
- 15.- Padecimientos Articulares
- 16.- Operaciones
- 17.- Traumatismos
- 18.- Otros Padecimientos
- 19.- Ginecológicos y Obstétricos
- 20.- Pérdida del conocimiento y convulsiones
- 21.- Hábitos de vida
- 22.- Desarrollo Somático y Mental
- 23.- Intolerancia a medicamentos

ALIMENTACION

APARATOS Y SISTEMAS

DIGESTIVO

- 1.- Anorexia
- 2.- Disfagia
- 3.- Pirosis
- 4.- Náusea y vómito
- 5.- Dolor
- 6.- Alteraciones del Tránsito Intestinal
- 7.- Caracteres de las evacuaciones
- 8.- Ictericia
- 9.- Otros síntomas

CIRCULATORIO

- 1.- Disnea
- 2.- Dolor
- 3.- Palpitaciones
- 4.- Edema. Fenómenos vasculares periféricos

RESPIRATORIO

- 1.- Tos
- 2.- Espectoración
- 3.- Hemoptisis
- 4.- Dolor
- 5.- Disnea
- 6.- Cianosis
- 7.- Disfonía

URINARIO

- 1.- Diuresis en 24 hs.
- 2.- Caracteres de la micción
- 3.- Caracteres de la orina
- 4.- Hematuria
- 5.- Dolor

GENITAL

- 1.- Reglas
- 2.- Sangrados anormales
- 3.- Leucorrea
- 4.- Menopausia
- 5.- Perturbaciones Sexuales

NERVIOSO

- 1.- Parálisis
- 2.- Paresias
- 3.- Alteraciones de la sensibilidad
- 4.- Cefales
- 5.- Movimientos anormales
- 6.- Organos de los sentidos

ENDOCRINO

- 1.- Diabetes
- 2.- otros datos

HEMATOPOYETICO

- 1.- Manifestaciones de anémia
- 2.- Tendencia hemorrágica
- 3.- Adenopatía y Esplenomegalia

OSTEOMUSCULAR

- 1.- Dolor
- 2.- Deformaciones
- 3.- Limitación funcional

PSICOSOMATICO

- 1.- Personalidad
- 2.- Sueño
- 3.- Tensión nerviosa
- 4.- Excitabilidad
- 5.- Depresión
- 6.- Ansiedad
- 7.- Memoria

Exámenes previos (Laboratorio y Gabinete)

DIAGNOSTICOS ANTERIORES

Terapéutica Empleada

Nombre:

Sexo:

Estado Civil:

Edad:

ANEXO III

¿Alguna vez se ha sentido mal al usar dispositivos sexuales?

¿Alguna vez se ha sentido mal con un preservativo?

¿Alguna vez se ha sentido mal y cómo se ha sentido?

ENTREVISTA

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

- 1.- ¿Hace cuánto tiempo que padece insomnio?
- 2.- ¿Qué tan frecuente se presenta?
- 3.- ¿Nota que solamente se presenta cuándo tiene algún tipo de preocupación?
- 4.- ¿Nota que el insomnio afecte su rendimiento diario?
- 5.- Si la respuesta es sí, ¿De qué manera lo afecta?
- 6.- ¿Nota que cuando no duerme cambia su estado de ánimo?
- 7.- Si la respuesta es sí, ¿cómo se siente?
- 8.- ¿Siempre se siente igual o varía en algunas ocasiones?
- 9.- ¿Ha tomado medicamentos para dormir?
- 10.- ¿Por cuánto tiempo y cómo se ha sentido?

