

11241

54

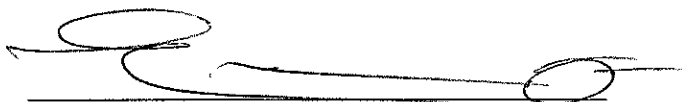
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA;
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

*"Evaluación de los Trastornos de sueño, mediante un cuestionario Pittsburgh,
 en pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo".*

DRA. MARIA OFELIA ROLDAN CEBALLOS

Medico residente de 3er año

TUTOR TEORICO



DRA CRISTINA BROISSIN FERNANDEZ

Jefa del Departamento de Enseñanza de
 Hospital Psiquiátrico
 "Fray Bernardino Alvarez"

TUTOR METODOLOGICO



DR RAFAEL J: SALIN PASCUAL

Jefe del Departamento de Investigación
 del Hospital Psiquiátrico
 "Fray Bernardino Alvarez"

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
 "ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA"**



**PSICOLOGIA
 MEDICA**
 DEPTO. DE PSIQUIATRIA
 Y SALUD MENTAL
 U. N. A. M.

Sec. ...
 SET. 29 2000
 Unidad de Servicios Escolares
 PPL de Posgrado

AÑO. 1998

2000
 286353



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

• Justificación.....	1
• Objetivos.....	2
• Material y métodos.....	3
• Marco Teórico.....	5
• Análisis.....	19
• Discusión.....	24
• Conclusión.....	27
• Bibliografía.....	28

JUSTIFICACION

Dado que los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo cursan con alteraciones afectivas , podemos suponer que encontraremos más alteraciones del sueño en ellos, que en una muestra de personas sanas.

OBJETIVOS

GENERALES:

Evaluar las alteraciones del sueño en pacientes con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

ESPECIFICOS:

Aplicar la escala de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes con diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo.

MATERIAL Y METODO

El estudio se realizó en una población de 16 pacientes (hombres y mujeres) con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo , que fueron vistos en el servicio de urgencias y de consulta externa del Hospital Psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez "; así como en 16 sujetos voluntarios que no reúnen criterios para alguna patología psiquiátrica.

Durante los meses comprendidos entre marzo y agosto de 1997.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- A) Sujetos masculinos o femeninos adultos con edad de 18 a 56 años.
- B) Que reúnan criterios para diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo , de acuerdo a la entrevista estructurada del DSM-IV " SCID".
- C) Que sean vistos por primera vez .

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- A) Sujetos menores de 18 años o mayores de 56 años de edad.
- B) Sujetos que tengan otro diagnóstico psiquiátrico.

METODOLOGIA

A los pacientes que fueron incluidos en el estudio se les aplicó:

1. - La entrevista estructurada SCID, que nos permite hacer el diagnóstico en el eje I del sistema multiaxial del DSM IV , la cual se aplicó en una sola ocasión.
2. -La escala de calidad de sueño PITTSBURGH (PSQI) que nos permite realizar diagnóstico de alteraciones de sueño; la cual se aplicó en una ocasión.

INSTRUMENTOS

La escala de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI) contiene 25 reactivos , todos van relacionados con los problemas de sueño que tuvieron un mes previo a la aplicación de la escala.

Los primeros 20 reactivos se le aplican al sujeto en estudio y los 5 restantes se le preguntaran al acompañante de cuarto (en caso de que lo tenga) ; estos últimos 5 reactivos nos servirán para realizar un interrogatorio indirecto sobre los posibles problemas de sueño del sujeto en estudio.

La escala indaga además de la edad y sexo, sobre la hora habitual para dormir, para despertar, las horas de sueño, el tiempo en que tarda en dormir , si ha despertado durante la noche, si ha tenido necesidad de ir al baño, si ha presentado calor, frío o dolor; si tiene problemas con la respiración o si tose o ronca de forma importante, si ha presentando malos sueños; así como también la calificación que le otorga a su sueño, sobre la necesidad de utilizar alguna sustancia para dormir, la repercusión que pueda tener en su vida diaria (como mantener el entusiasmo o mantenerse despierto). En caso de tener acompañante en la misma habitación se le cuestiona si este ha observado alguna alteración tal como: problemas respiratorios, ronca, movimientos de piernas, periodos de confusión o desorientación .

Esta escala es diagnóstica y como su nombre lo dice ayuda a realizar diagnóstico de alguna alteración de sueño ; tanto si se trata de un trastorno primario de sueño , como de un trastorno de sueño asociado a alguna alteración psiquiátrica.

La entrevista estructurada del DSM-IV SCID-I (STRUCTURED CLINICAL INTERVIEW FOR DSM- IV AXIS I DISORDERS) realiza diagnóstico en el eje I de acuerdo al DSM.IV , consta de 291 reactivos los cuales se aplican al sujeto en estudio.

MARCO TEORICO

La palabra obsesión (del latín obside=asediar, investir, bloquear) es utilizada por primera vez en un sentido actual por Wartburg, en 1799, pero fue después cuando se difundió a partir de los trabajos de Luys(1833) y Falret(1889). En Francia Esquirol aísla la "monomanía" como " un delirio limitado a un solo tema o a un corto número de ellos..."dentro de la cual además de las actuales manías y melancolía quedaban incluidas las obsesiones e impulsiones. Los autores franceses tienen a situar este trastorno en el capítulo de la locura(folie de dute de Falret; délire de Toucher de Legrand Du Saulle; folie lucide de Trélat; folie raisonnante de Pinel; etc. Fue Morel (1886) quien dio una de las mayores descripciones de las obsesiones que presento bajo el calificativo de délire émotif.(40)

En Alemania Krafft Ebing en 1867 acuña el termino de Zwangsvorstellung para designar las representaciones forzadas que el sujeto no es capaz de controlar.

La utilización de este término fue motivo de posteriores confusiones ya que incluía cuadros no obsesivos como fobias, depresiones etc., otras confusiones terminológicas también surgieron entre compulsión e impulsión. Mientras las impulsiones representaba una necesidad imperiosa y muchas veces irresistible, que empuja al sujeto a realizar actos irracionales en ocasiones brutales y peligrosas, sin luchar contra este impulso por su parte, lo que supone una descarga pulsional directa el acto compulsivo (propio del obsesivo) entraña un compromiso muy elaborado entre la defensa y la pulsión, por lo cual ésta se neutraliza y se vuelve irreconocible y cuyo impacto en la realidad es absolutamente anodino. (37)

Durante la segunda mitad del siglo XIX en Alemania se sigue hablando de representaciones y actos forzados, más que obsesivos para designar estos fenómenos. Westphal en 1877 propone una definición de las obsesiones: " ideas parásitas, las cuales, permaneciendo intacta la inteligencia, y sin que exista un estado emotivo o pasional, surgen ante la conciencia, se imponen a ella contra su voluntad, se atraviesan e imponen al juego normal de las ideas, y son, siempre reconocidas por el propio enfermo como anormales, extrañas a su yo". (6)

Al hablar de trastornos obsesivos se cuestiona su situación dentro de las neurosis y algunos autores se inclinan por su inclusión en el marco de las psicosis (Bleuler, Cabaleiro, Bumke) No hay que olvidar que los clásicos franceses se referían a ella en términos de locura y actualmente se emplea la denominación de psicosis obsesivas para referirse a cuadros obsesivos especialmente graves. Su nexo con las psicosis se encuentra en la absurdidad y carencia de sentido de muchas percepciones obsesivas, la génesis de muchos de estos cuadros que en ocasiones emergen de forma súbita, incoercible e incomprensible y la capacidad invasiva y destructiva del fenómeno. La conciencia de la enfermedad, a veces relativa, pero siempre presente, la carencia de intencionalidad exterior (autorreferencia) y la ausencia de deterioro ponen, sin embargo, distancias entre las obsesiones y las esquizofrenias. El obsesivo por otra parte, lucha contra sus ideas, en tanto que el esquizofrénico que se identifica absolutamente con ellas, lo hace contra el exterior que le hostiga. Es imprudente ubicar este trastorno entre los trastornos psicóticos, aunque reconocemos que tampoco pueden ser incluidos sin reservas en la patología neurótica. (30)

Frecuentemente el obsesivo tiene conciencia de su situación crítica y enfermiza , pero presenta dificultades para delimitar dónde acaba y empieza la patología . Se reconoce exageradamente limpio y escrupuloso, pero considera irresponsable la conducta pondera de otras personas; acepta la complejidad e irracionalidad de sus pensamientos, pero continúa temiendo sus consecuencias y así sucesivamente.

En definitiva, si bien permanecemos fieles a la tradición incluyendo este trastorno entre las neurosis, debemos constatar que es, sin duda, la más marginal de éstas. Faltan todavía numerosos datos de todo tipo para poderla ubicar nosológicamente con criterios más científicos. (7)

La definición de trastornos obsesivos compulsivos que hace el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta revisión (DSMIV) es la siguiente: la característica esencial es la presencia de obsesiones y compulsiones de carácter recurrente lo suficientemente graves como para provocar pérdidas de tiempo significativas o un acusado deterioro de la actividad general o un malestar clínicamente significativo. En algún momento del curso del trastorno el individuo reconoce que estas obsesiones o compulsiones son exageradas o irracionales. Este trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de sustancias (p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativo.

Las obsesiones más frecuentes son ideas recurrentes que versan sobre temas como: la contaminación, dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según su orden determinado, impulsos de carácter agresivo u horroroso y fantasías sexuales.

El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o impulsos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades (compulsiones).

Las compulsiones se definen como comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionan placer o gratificación. En la mayoría de los casos la persona se siente impulsada a realizar las compulsiones para reducir el malestar que lleva consigo una obsesión determinada o bien para prevenir algún acontecimiento o situación negativa.

En algunos casos estos individuos realizan actos fijos o estereotipados acordes , con reglas elaboradas de manera idiosincrásica sin ser capaces de indicar por qué los llevan a cabo.

Estas obsesiones o compulsiones pueden remplazar comportamientos productivos y gratificados y deestructurar enormemente la actividad global del individuo. Dado el potencial perturbador que las caracteriza, estas obsesiones suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal en las actividades o tareas cognoscitivas que requieren concentración , como son la lectura o el cálculo mental. Además muchos individuos acaban evitando objetos o situaciones que suelen provocar obsesiones o compulsiones. Limitando así su actividad global . (36)

EPIDEMIOLOGIA

La proporción de trastornos obsesivos compulsivos entre pacientes psiquiátricos ambulatorios se sitúa alrededor del 1% y las cifras respecto a las hospitalizaciones de estos cuadros oscila entre 0.1 a 4 % . Recientes datos epidemiológicos provenientes de los Estados Unidos, se presume que tienen una prevalencia a lo largo de la vida de 2 al 3 % y una proporción igual hombre: mujer, aunque algunos estudios sin embargo, se señala un pequeño incremento en la proporción de mujeres . (22)

En México existen algunos datos epidemiológicos generados a partir de la población general, los cuales señalan cifras similares. Por otro lado la prevalencia de este padecimiento reportada en pacientes no psiquiátricos hospitalizados en México fue de 1. 8 % cifra muy similar a la reportada en Estados Unidos, por lo que podemos pensar que en nuestro país , este padecimiento es igualmente frecuente. (34)

ASPECTOS CLINICOS

El trastorno obsesivo compulsivo se suele iniciar en la adolescencia o a principios de la edad adulta también puede hacerlo en la infancia. La edad modal de inicio es menor en los varones que en las mujeres: entre los 6 y 15 años en los varones, y entre 20 y 29 para las mujeres. (36)

La ansiedad, el miedo y la preocupación tienen un papel normal y adaptativo en la vida del ser humano.(9)

Para algunas personas, las reacciones de preocupación y miedo cruzan la barrera de lo funcional o lo disfuncional; las que padecen trastornos obsesivos compulsivos parecen incorporar estos dos aspectos llevándolos a una forma externa. (3)

Las características que definen al trastorno obsesivo compulsivo de acuerdo con los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales es las siguiente:

A. Se cumplen para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y(4):

- (1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimenta en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar importante.
- (2) estos pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- (3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes o intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- (4) la persona reconoce que son el producto de su mente(y no viene impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen como (1) y (2) :

- (1) comportamientos(p. ej. lavado de manos, puesta en orden objetos, comprobaciones) o actos mentales(p.ej. rezar , contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
 - (2) el objeto de esto es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos, sin embargo estos comportamientos no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivas.
- B.** En algún momento del curso de trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.
- C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo o representan una pérdida de tiempo(suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida social.
- D.** Si hay otro trastorno en el eje I , el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él.
- E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia(p. ej. drogas, fármacos) o de una enfermedad médica. (36)

En el trastorno obsesivo compulsivo(TOC) parece subyacer una perturbación de la lógica del pensamiento(en una o más de sus funciones: análisis, síntesis, anticipación , planeación , atención , discriminación , percepción , interpretación , creencias, etc). En éste tanto el contenido (distorsiones cognitivas) como la forma(obsesivas, perseverante) del pensamiento , se encuentran afectadas. Además de la emoción central que los caracteriza, la angustia, estas personas se encuentran agobiadas por un constante miedo.

ALTERACIONES DEL SUEÑO EN PACIENTES CON TRASTORNOS OBSESIVOS COMPULSIVOS

Para hablar de las alteraciones de sueño que existen en pacientes con Trastornos obsesivos compulsivos (TOC), es necesario hacer referencia a la importancia del sueño así como de algunos aspectos en general (EEG y cambios fisiológicos) del sueño.

Las funciones del sueño se han examinado de diferentes formas: la mayoría de los investigadores concluyen que el sueño tiene una función restauradora y homeostática , y parece ser esencial para la conservación de la energía y termorregulación.

El sueño se asocia a diferentes cambios fisiológicos que incluyen respiración, función cardíaca, tono muscular, temperatura, secreción de hormonas y presión arterial.

El sueño es un estado del organismo regular, recurrente y fácilmente reversible, que se caracteriza por una quietud relativa y, por el gran aumento del umbral de respuesta a estímulos externos relacionados con el estado de vigilia.

El EEG en vigilia se caracteriza por la presencia de ondas alfa de 8 a 10 ciclos por segundo y actividad de bajo voltaje o frecuencia mixta. A medida que el sueño se va haciendo más profundo, la actividad alfa empieza a desaparecer.

El estadio 1 el más ligero existe actividad regular de bajo voltaje de 3 a 7 ciclos por segundo. Tras unos segundos o minutos se pasa al estadio 2 el cual muestra frecuentes husos de sueño en el trazo de 12a 14 ciclos por segundo, ondas trifásicas (conocidas como complejo K) . Posteriormente aparecen las ondas delta actividad de alto voltaje de 0.5 a 2.5 ciclos por segundo y ocupan menos del 50% del trazo entonces nos encontraremos en el estadio 3 , y por último el estadio 4 las ondas delta ocupan más del 50% del registro.

El sueño esta compuesto por dos estados fisiológicos: el sueño de movimientos oculares no rápido (NREM) y el sueño de movimientos oculares rápidos (REM).

El sueño NREM esta constituido por los estadios 1,2,3, y 4 , la mayoría de las funciones fisiológicas, están disminuidas comparado con el estado de vigilia, el pulso se hace más lento, lo mismo que la respiración , la presión arterial disminuye, aparecen movimientos corporales involuntarios, el flujo sanguíneo a través de la mayoría de los tejidos se reduce lentamente. Las porciones del sueño NREM más profundas son el estadio 3 y 4 se asocian a veces a características inusuales del despertar. Cuando se despierta a una persona entre media y una hora después del inicio del sueño normalmente un sueño de ondas lentas , esta desorientada y su pensamiento esta desorganizado.

El sueño REM se caracteriza por una gran actividad cerebral y unos niveles de actividad fisiológica similares a los de vigilia. Unos 90 minutos después de que inicie el sueño NREM cede paso al primer episodio del REM . Esta latencia REM de 90 minutos es lo normal en un adulto sano.

Durante el sueño REM el pulso , la respiración y la presión arterial están elevadas comparadas con el sueño NREM incluso que en la vigilia, hay erección parcial o total del pene, hay parálisis casi total de los músculos esqueléticos (posturales) por lo tanto no hay movimiento corporal durante el sueño REM. Probablemente el signo más distintivo de este tipo de sueño son los sueños. Las personas despertadas durante el sueño REM con frecuencia (60 -90 %) refieren que estaban soñando. Los sueños durante este periodo son abstractos y surrealistas. Durante el sueño NREM también se puede soñar pero normalmente los sueños no son tan extravagantes.

Un periodo REM aparece cada 90 a 100 minutos a lo largo de la noche. El primer periodo REM es más corto dura normalmente 10 minutos. Los últimos pueden durar 15 a 40 minutos cada uno. La mayoría de los periodos REM ocurren en el último tercio de la noche; mientras la mayoría de las fases 4 del sueño aparecen en el primer tercio de la noche. (21)

En cuanto a las alteraciones del sueño en pacientes con TOC se ha encontrado lo siguiente: En un estudio realizado por Ko(23) en pacientes con trastornos obsesivos compulsivos, síndrome de Tourette y controles sanos, encontró que existía similitudes entre pacientes con TOC y otros desordenes neuróticos en los cambios electroencefalográficos y electrofisiológicos encontrando acortamiento en la latencia del sueño REM en EEG ; así como también anormalidades del metabolismo de la glucosa en el núcleo caudado.

En otro estudio Silvestri y cols(39) realizaron una revisión de la literatura para observar cuales eran las características del sueño en pacientes con TOC, depresión mayor, estrés postraumático y ansiedad generalizada, y encontraron que existían desordenes del sueño similares entre pacientes con TOC y pacientes con depresión mayor, siendo estas un incremento en la latencia del sueño, una disminución del tiempo total del sueño y decremento en la latencia del sueño REM.

Arriaga y cols(2) en un estudio en controles , pacientes con ansiedad generalizada, trastornos de pánico, TOC y depresión mayor, realizaron una valoración subjetiva de alteraciones de sueño, encontrando que en los pacientes con TOC existían limitación en los sintamos de sueño. Concluyeron que fue un estudio muy subjetivo como para detectar realmente las alteraciones de sueño en estos pacientes.

Armitan y cols(1) realizaron una comparación de la macroarquitectura del sueño en 10 pacientes con TOC, 10 pacientes con depresión mayor y un grupo control. No encontraron alteración alguna en los sujetos control y observaron que existían alteraciones similares en pacientes con TOC y depresión mayor siendo esta alteración la disminución de la latencia del sueño REM.

Hohagen y cols(14) realizaron un estudio con 22 pacientes con TOC y un grupo control, realizaron un estudio polisomnográfico de sueño. Los pacientes se encontraban sin ningún medicamento. Los resultados encontrados fue que no existía diferencias significativas entre ambos grupos. Finalmente concluyeron que había sido un estudio con resultados muy contradictorios, dado que no concuerda con lo reportado en la literatura.

Podemos concluir que en cuanto a las alteraciones de sueño que se pueden encontrar en pacientes con TOC se puede decir que existe un acortamiento en la latencia del sueño REM , así como también una disminución del sueño total y por consiguiente una mala calidad de sueño.

CURSO DEL PADECIMIENTO

La mayor parte de las veces la aparición del TOC es de carácter gradual , si bien se ha observado casos de inicio agudo. La mayoría de los individuos presentan un curso crónico con altas y bajas con exacerbación de los síntomas que podrían estar relacionados con acontecimientos estresantes. Alrededor del 15 % muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Aproximadamente un 5% sigue un curso de carácter episódico con síntomas mínimos o ausentes en los periodos intercríticos.

ETIOPATOGENIA

La idea de que este padecimiento tenga una base neurobiológica surge de varias fuentes de conocimiento:

Anatomía e Imagenología: Con frecuencia ha sido reportada la asociación del TOC con la presencia de lesiones del SNC (como traumatismos) o bien la presencia de ciertas enfermedades como: epilepsia, postencefalitis, Tics y enfermedad de Gilles de la Tourette.

En varias de estas entidades están involucradas unas estructuras cerebrales conocidas como ganglios basales lo cual apuntaría hacia la probable localización anatómica de una alteración responsable del TOC, en esta región anatómica. De manera adicional se sabe que un tipo de tratamiento quirúrgico conocido como la psicocirugía (en especial cingulotomía y la leucotomía) son efectivos en aliviar a un 30 % de los pacientes con TOC y que han sido resistentes a todo tipo de tratamiento.

Los estudios de imágenes del cerebro han sustentado también las anteriores observaciones de una localización anatómica. Se ha observado en tomografías computadas de 10 pacientes con TOC , que el volumen del núcleo caudado (estructura que forma parte de los núcleos basales) se encontraba disminuido al compararlo con sujetos controles (26).

Por otro lado utilizando la técnica de tomografía por emisión de positrones (TEP) la cual mide el consumo de glucosa en el cerebro vivo , se ha reportado en 14 pacientes con TOC que sus índices metabólicos (consumo de glucosa) se encontraban significativamente aumentados en el giro orbital izquierdo y bilateralmente en los núcleos caudados (lóbulo frontal y núcleos basales). (5)

Neuropsicología.- El TOC ha sido estudiado con diferentes técnicas de diagnóstico en busca de una correlación neuropatológica específica unas de estas técnicas son las evaluaciones neuropsicológicas. El objetivo de estas pruebas es el de hacer que los pacientes realicen una serie de tareas tanto intelectuales como motoras , de las cuales se tiene un cierto conocimiento de cual es la zona cerebral donde se generan estas acciones, es decir su localización en el cerebro. Diversos autores han encontrado que existen deficiencias específicas en aquellas tareas donde se requiere la percepción de la orientación visoespacial, lo cual es una función del hemisferio derecho. (20)

Recientemente en un estudio en México se reportó a partir de 32 pacientes con TOC que los hallazgos neuropsicológicos reflejaron un compromiso en el funcionamiento de los lóbulos fronto-temporales del hemisferio cerebral derecho y algunas de estas alteraciones estaban relacionadas con la severidad de los síntomas del TOC. (10)

BIOQUIMICA DEL TOC

La evidencia principal de las bases neuroquímicas del TOC ha sido formulada con base en la acción neuroquímica de los medicamentos efectivos para reducir la sintomatología del trastorno. Se habla de sistema serotoninérgico, adrenérgico y dopaminérgico involucrados en este trastorno.

Sistema Serotoninérgico:

En un intento para aclarar la hipótesis serotoninérgica del TOC , se han utilizado algunos marcadores periféricos de la función serotoninérgica para estudiar el sistema..

Los estudios en este campo han sido muy heterogéneos , Black y cols , en 1990 (29) no encontraron diferencias significativas en los parámetros de los sitios de unión para imipramina en las plaquetas de 22 pacientes con TOC y 22 controles normales. Bastani y cols (4) observaron una disminución significativa en los sitios de unión a imipramina en 20 pacientes con TOC, así como una disminución en la afinidad por la captura de serotonina plaquetaria. Vitello y cols (42) no se encontraron diferencias en la capacidad de unión a imipramina pero si un incremento en la velocidad de captura de serotonina plaquetaria en los pacientes con TOC, sugirieron que existe una hiperactividad serotoninérgica en estos pacientes. Otros autores han investigado en contenido de serotonina en sangre y plaquetas. Hanna y cols(12) encontraron que los pacientes con TOC e historia familiar positiva de TOC tuvieron niveles significativamente mayores de serotonina en sangre al compararlos con pacientes sin historia familiar de TOC y con los controles normales lo cual es importante en los estudios de genética. Por otro lado se ha observado un incremento en el contenido de la serotónina, el cual decrece en forma paralela a la mejoría de la sintomatología observada después del tratamiento con clorimipramina.(13)

Los marcadores periféricos de la función serotoninérgica no han ofrecido elementos para corroborar la hipótesis serotoninérgica del TOC . Como hemos visto se ha encontrado evidencias contradictorias en cuanto a la capacidad de captura de serotónina por las plaquetas y los sitios de unión para imipramina, además de los niveles de 5 HIAA en el LCR de los pacientes con TOC. (31)

La administración aguda de agonistas y antagonistas serotoninérgicos en pacientes con TOC ha sido utilizada también en un intento para aclarar la naturaleza serotoninérgica del TOC. La m-clorofenilpiperazina (m-cpp) metabolito de la trazodona, es la sustancia que más se ha empleado en las investigaciones de la función serotoninérgica en el TOC.

Después de la administración oral (0.5mg /kg) se ha observado una marcada exacerbación de la sintomatología obsesiva, al compararla con sujetos sanos.(19)

Sin embargo , Charney y cols (8) observaron que después de la administración intravenosa (0.1 mg / kg) no se incremento dicha sintomatología. Ahora bien en estudios recientes se concluyó que la exacerbación de la sintomatología tras la administración de m.cpp en un grupo de pacientes con TOC desaparece, después de un tratamiento crónico efectivo con clorimipramina o fluoxetina (16). Esto es congruente con un incremento en la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos asociados con la regulación hacia abajo de los mismos(18,25,27y31

Sistema Adrenérgico

Para evaluar la función noradrenérgica en TOC se han utilizado dos sustancias ambas agonistas adrenérgicos. La primera clonidina agonista adrenérgico alfa 2 . Hollander y cols(17) reportaron una disminución de los síntomas obsesivos durante el tratamiento en comparación con el placebo .

La otra sustancia yohimbina que incrementa la norepinefrina en la hendidura sináptica, antagonizando al autorreceptor inhibitorio presináptico alfa 2 adrenérgico. Yohimbina produjo un incremento en la respuesta del cortisol en 12 pacientes con TOC no tratados, al compararlo con el de 12 sujetos sanos(38). Los autores mencionan que esta respuesta puede atribuirse a la subsensibilidad de los receptores postsinápticos alfa 2 adrenérgicos, sin embargo no hay evidencias suficientes que indiquen alguna alteración en este tipo de receptores.

Sistema Dopaminérgico

Algunos datos clínicos y etiológicos han implicado a la dopamina como mediador de algunas conductas repetitivas . Por ejemplo altas dosis de agentes dopaminérgicos como anfetaminas, la bromocriptina y la L- Dopa inducen conductas estereotipadas en animales (11 y 40). Tanto en los tics motores como en la enfermedad de Gilles de Tourette , condiciones que muchas veces acompañan a la sintomatología del TOC, el haloperidol y los antagonistas dopaminérgicos son efectivos para reducir los tics(24 y 35), sin embargo la mayoría de los autores concuerdan en que son inefectivos en el TOC cuando se administran solos. (28)

GENETICA

Existe evidencia cada vez mayor que los factores familiares y etiológicos responsables por algunas formas del TOC , el síndrome de Tourette y los tics crónicos múltiples son los mismos.

En México existen datos de un estudio familiar realizado en 27 pacientes con TOC a partir de 1174 pacientes psiquiátricos vistos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría durante un periodo de 14 meses. La frecuencia del TOC en los familiares de primer grado de los pacientes con TOC resulto significativamente mayor (4.9%) contra las cifras de la población general (1.8) y al comparárseles con pacientes deprimidos (1.9%) . Por otro lado el grupo de pacientes con depresión presento una mayor frecuencia de familiares afectados por depresión. Estos datos apoyan la evidencia de que el TOC es un padecimiento familiar y específico , ya que no incremento el riesgo en los familiares de padecer ningún diagnóstico en particular. (32 y 33)

Sin embargo los resultados son preliminares por lo que es necesario un mayor acumulo de estudios familiares en este padecimiento.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se aplicó la entrevista estructurada del DSM-IV a 32 sujetos ; de los cuales 16 fueron captados en el servicio de urgencias y consulta externa , reuniendo estos criterios diagnóstico para Trastorno obsesivo compulsivo; los otros 16 fueron sujetos voluntarios los cuales no cumplieron algún criterio para un trastorno psiquiátrico (a los que llamaremos controles).

A los 32 sujetos se les aplicó la escala de calidad de sueño de Pittsburgh obteniéndose los siguientes resultados:

La distribución de sueño se observó que en ambos grupos predominó el femenino sobre el masculino. Siendo en los sujetos con TOC el 75% mujeres y el 25 % varones y en el grupo control 62.50% para femenino y 37.50% para masculino.(Gráfica 1)

En relación a la edad el 81.30% de los sujetos con TOC oscila entre 26 a 35 años, y en los sujetos controles el 87.6% entre 20 y 30 años. (Gráfica 2)

En el rubro del horario para ir a la cama se obtuvo que la mayoría de los sujetos con TOC el 68.8% va a la cama entre las 22:00 hrs y las 23:00 hrs de este porcentaje se observa que el 31.30 % lo hace a las 23:00 hrs; en cambio en el grupo control el 81.30% duerme más tarde entre las 23:00 hrs y 23:30 hrs, predominando el horario de 23:30 hrs con el 50%.(Gráfica 3)

El 43.80% del grupo con TOC tarda en dormir cada noche entre 151 y 180 minutos y un 37.50% entre 91 y 120 minutos, observando que la población de TOC tiene problemas para iniciar el sueño . En el grupo control observamos lo contrario el 75% tarda entre 0 a 30 minutos y solo el 25% tardan entre 31 y 60 minutos.(Gráfica 4)

En lo referente a la hora habitual de despertar , se observó que los pacientes con TOC se despiertan más tarde que los sujetos del grupo control. El 31.25% de los sujetos con TOC despiertan a las 7:00 hrs y el grupo control el 56.25% lo hace a las 6:00 hrs.(Gráfica 5)

En cuanto a las horas de sueño obtenidas cada noche. La mayoría de la población con TOC el 75.% duerme en promedio entre 4 y 5 horas; en cambio en el grupo control tienen más horas de sueño en promedio 6 horas obtiene el 43.75% de la población y el 25% duerme 8 horas.(Gráfica 6)

En el rubro de problemas de sueño se observó que el 100% del grupo con TOC tardan más de 30 minutos en dormir de estos, el 75% presenta este problema 3 o más veces a la semana y el 25 % 2 veces a la semana . Y en el grupo control el 68.75% no presentan dicho problema. (Gráfica 7)

El 100% de la población de TOC se despierta en la noche, el 68.75% lo hace 3 o más ocasiones a la semana y el 31.25% 2 veces a la semana. En la muestra control el 87.50% no despiertan durante la noche. (Gráfica 8)

En lo relacionado a que si tuvieron necesidad de levantarse al baño ; en los sujetos con TOC el 75% no presento este problema; lo mismo sucedió con el grupo control en donde el 87.50% no se levanto al baño. (Gráfica 9)

En lo referente a problemas para respirar de manera confortable , en ambos grupos el porcentaje de población que no presento dicho problema fue grande, siendo para el grupo de TOC 75% y para en control el 100 % . (Gráfica 10)

Si han llegado a toser o roncar de manera importante los datos obtenidos fueron que el 56.25% de los sujetos con TOC y el 75% de los controles no presentaron estos problemas.

(Gráfica 11)

Con respecto a que si ha llegado a presentar frío el 81.25% de la población con TOC y el 100% de los controles respondieron negativamente.(Gráfica 12)

Así como si han llegado a presentar calorlos en ambos grupos el 93.75% de cada población respondió de forma negativa. (Gráfica 13)

En cuanto si ha tenido malos sueño el 62.50% de los sujetos con TOC ha presentado este problema en menos de una vez a la semana, en cambio en los sujetos control el 75% no los han presentado. (Gráfica 14)

Al cuestionarlos sobre si han presentado dolor, en ambos grupos el porcentaje que contesta negativamente es de 93.75% en cada grupo. (Gráfica 15)

En relación ha si han llegado a presentar alguna otra causa que les origine problemas de sueño; la mayoría de la población con TOC menciona que cuando van a la cama continúan pensando sobre la problemática y la angustia que les genera el TOC; en cambio en la población control mencionan que no han tenido algún problema.

En lo referente a como califican en promedio su sueño , en la población con TOC el 75% lo califica como muy malo y el 25 % como regular, y en el grupo control el 43.75% lo califica como muy bueno y otro 43.75% como aceptable. (Gráfica 16)

Se les cuestiono si han llegado ha emplear alguna sustancia para dormir(ya sea medicina o algún remedio casero) . En el grupo con TOC el 50% responde negativamente y el resto afirmativamente de estos, el 25% las ingiere 3 o más ocasiones a la semana. En el grupo control el 93.75% no emplean sustancias para dormir.(Gráfica 17)

En cuanto si han llegado a presentar problemas para mantenerse despiertos , el grupo de TOC refiere que el 62.50% ha tenido este problema 2 veces a la semana; en cambio en el grupo control el 87.50% no ha presentado este problema.(Gráfica 18)

El 75% de los pacientes con TOC mencionan que han tenido problemas para mantener el entusiasmo en cosas que estaban realizando; y en los controles el 87.50% se han mantenido sin problemas. (Gráfica 19)

Se les cuestiono también si tenían acompañante ya sea en la misma habitación o en otra; el 56.25 % de la población de TOC tiene acompañante en la misma habitación y en el grupo control solo el 36.25% lo tiene. (Gráfica 20)

En base al porcentaje obtenido del apartado anterior , se pudieron calcular los porcentajes de las siguientes preguntas de la escala; ya que únicamente la respondieron aquellos sujetos que contaban con compañeros en la misma habitación.

En lo que respecta ha si el acompañante ha detectado si ronca: el grupo de TOC 81.25% responde negativamente, misma cifra que se observa en el grupo control. (Gráfica 21)

Si ha presentado movimientos de piernas ; en la población con TOC el 62.50% y en el grupo control 100% responden negativamente. (Gráfica 22)

En cuanto si ha llegado a presentar periodos de confusión o desorientación durante el sueño o cuando despierta, la mayoría de ambos grupos responde negativamente : 88% para TOC y el 100 % de los control. (Gráfica 23)

DISCUSION

Uno de los problemas con lo que nos encontramos fue la cantidad de pacientes , debido a que la mayoría de los pacientes que se presentaban eran subsecuentes o reunían criterios para otros trastornos psiquiátricos.

En cuanto al sexo predomino el femenino sobre el masculino tanto en el grupo de TOC como en los controles.

Se reporta en la literatura que existe mayor frecuencia entre las mujeres de padecer TOC que los hombres , esto reportado tanto en Estados Unidos como en México. La distribución que existió en nuestra muestra con TOC concuerda con lo reportado en la literatura.

La distribución de edad podemos decir que en ambas muestras fue homogénea ya que la edad promedio oscilo entre los 20 y 35 años .

Es evidente que la escala nos proporciono datos muy interesantes sobre las alteraciones de sueño que puede presentar un individuo.

Fue claro que encontramos diferencias importantes entre ambos grupos entre las que destacan los graves problemas de sueño que presentan los pacientes con TOC.

En donde se observo que toda la población de TOC tardaba más de 90 minutos en dormir, llegando incluso algunos individuos a tardar hasta 3 horas en iniciar su sueño y presentando este problema a lo largo de la semana de manera importante dos o más ocasiones por semana. Así mismo todos los sujetos se despertaron durante la noche la gran mayoría tres o más ocasiones en la semana, esto repercutió como era de esperarse en el total de horas que realmente durmieron que oscilo entre 4 y 5 horas , siendo insuficientes para la mayoría de los sujetos, dato que observamos al solicitarles que calificaran su sueño respondiendo la mayoría que fue muy malo. Esto trajo como consecuencia también que tuvieran problemas tanto para mantenerse despiertos como para mantener el entusiasmo durante el día afectando en su funcionalidad social y laboral.

Llama la atención que solo la mitad de la población había recurrido a ingerir algún tipo de sustancias para dormir que en su gran mayoría fue remedios caseros, y el resto se abstuvo de hacerlo a pesar de los problemas de sueño que tenían. A pesar de que algunos individuos ingirieron sustancias para dormir nunca llegaron a mejorarlo.

Todos estos problemas que encontramos en el grupo de TOC , no se observaron en la mayoría de los sujetos control, llegando a presentar leves problemas de sueño una minoría de la población.

Otro dato que nos llama la atención fue que en ambos grupos no observamos problemas de respiración, ni de frío , dolor o calor, coincidiendo estos datos con los obtenidos al interrogar al compañero de habitación.

CONCLUSIONES

Existe en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Obsesivo compulsivo que se investigaron en el presente estudio, alteraciones del sueño : como es el insomnio que se caracterizo por ser inicial e intermitente; así como también una disminución en el sueño total y en la calidad de este.

Datos que concuerdan con lo reportado en la literatura en donde se nos menciona que los pacientes con trastorno obsesivo Compulsivo , la gran mayoría llegan a presentar alguna alteración de sueño tales como aumento de la latencia de sueño (tiempo en que tardan en dormir) y una disminución en el sueño total.

También se menciona que algunas patologías psiquiátricas como aquellas que se encuentran dentro de las ansiedades , pueden llegar a cursar con problemas de insomnio intermitente e inicial, sensación de sueño no reparador, fatiga diurna y afectación de la actividad laboral y social del individuo.

BIBLIOGRAFIA

1. - Armitage R; Debus J; Kinger B; Trivedi M. Polysomnography in major depressive and obsessive compulsive disorders: A preliminary study. 2 (6): 297-302, 1995.
2. - Arriaga F; Lara E; Matos P; Pires A; Cavaglia F; Bastos L.. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. European Psychiatry. 10 (2): 386-390, 1995.
3. -Basañez Villa E; Gutierrez A; López Butrón Marco; Salín Pascual R. Avances en el conocimiento clínico del trastorno obsesivo compulsivo. Psiquis (México), 6 (3): 58-69, 1997.
4. -Bastani B; Arora R;. and imipramina binding in the theblood platelets of obsessive compulsive disorder patients. Biol. Psy, 30:131-139, 1991.
5. -Baxter L; Phelps M; Mazziota J; Goze B; Schwartz J; Selin C. Local cerebral glucose metabolic in obsessive compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1987.
6. - Berrios G. Historia de los trastornos obsesivos . Salvat Editores, Barcelona, 1987: 205-236.
7. -Black A: The natural history of obsessional neurosis. En Beech, H (dir) : Obsessional States Methuen, Londres , 1974.
8. -Charney D; Goodrnan W. Price .Serotonine function in obsessive compulsive disorder :a comparison of the effects of tryptophan and M- CPP in patients alidn healthy subjets. Arch Gen Psy, 45:177-185, 1988.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

9. -Ciarrochi J W. The Doubting Disease. New Jersey : Paulist Press, 1995.
- 10.-Galindo G; Wolff M; Páez F; Tirado E; Sanchez de Carmona M; San Esteban J; Nicolini H. Evaluación neuropsicológica de pacientes con trastornos obsesivos compulsivos. Evidencias de alteraciones en el Sistema Nervioso Central. Salud Mental . 15 (4): 8-13, 1993.
- 11.-Goodman W, McDougie C; Lawrence P. Beyond the serotonin hypothesis: a role for dopamine in some forms of obsessive compulsive disorder. Journal Clin Psychiatry (8): 36-42, 1990.
- 12.-Hanna G; YuivilerA, Canrvell P. Whole blood serotoninine juvenile obsessive compulsive disorder. Biol Psy, 29:738.744, 1991.
- 13.-Hoen Saric R; McLeod D; Zimmerliw. Symptoris arad physiologic manifestations in obsessive compulsive patients before and after treatment with clormipramine. Clin Psy , 54 (7) : 2-2-276, 1993.
- 14.-Hohagen F; Lis S; Krieger S ; Winkelmann G; Rieman D; Fristch Montero R;; Berger M. Arch Psychiatry Clin Neuroq. . 243(5) : 273- 278, 1994.
- 15.-Holsten F; Bjuuatn B . Tidsskr Nor Laegeforen . Jun 30 , 117 (17) : 2484- 8, 1997.
- 16..
- 17.-Hollander E; De Caria C; Gulfy R. Efects of chronic fluoxetine treatment in behavioral and neuroendocrine repons to metachoicphenypiperazine in obsessive compulsive disorder. Psy Res , 36: 1- 17 , 1991.

- 18.-Hollander E; De Caria C; Nitescu A. Noradrenergic fuction in obsessive compulsive disorder : behavioral and neuroendocrine repons to clonidine and comparision to healthy controls. *Psy Res* , 37: 161-177, 1991.
- 19.-Hollander E; De Caria; Nitescu A . Serotonergic fuction in obsessive compulsive disorder behavioral and neuroendocrine repons to oral m- Cholophenylpiperazine and tentlurament on patients and healthy volunteers. *Arch Gen Psychiatry* . 49: 21-28, 1992.
- 20.-Hallander E ; Fay M; Cohen B. Serotonergic and noradrenergic sensitivity in obsessive compulsive behavioral findings . *Am Journal Psy* . 145: 1015- 1017, 1988.
- 21.-Insel T ; Donnelly E ; LalaKea M ; Alterman I ; Mrphy D. Neurological and neuropsychological studies of patients with obsessive compulsive disorder. *Biol Psychiatry* .18(7): 741-51, 1983.
- 22.-Kaplan Harold, Sadock B ; Grebb Jack . Sueño normal y trastornos del sueño. Sinopsis de Psiquiatria, Editorial Panamericana. 716-733. septima edición.
- 23.-Karno M; Golding J; Sorenson S; Burnam A . The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five U.S. communities. *Arch Gen Psychiatry* . 45: 1094- 1099, 1988.
- 24.-Ko SM . Obsessive compulsive disorder - A neuropsychiatry illness. *Singapore Medical Journal* . 37 (2) : 186-188, 1996.

- 25.-Leckman J; Hardin M ; Riddle M . Clonidine treatment of Gilles de Tourette syndrome . Arch Gen Psy . 48: 324-328, 1991.
- 26.-Lieberman J . Evidence for a biological hypothesis of obsessive compulsive disorder. Neuropsychobiology , 11: 14-21, 1984.
- 27.-Luxenberg J; Swedo S ; Flament M ; Friedland R; Rapoport S. Neuroanatomical abnormalities in obsessive compulsive disorder detected with quantitative X - Ray computed Tomography . Am J Psychiatry . 145: 1089-93, 1988.
- 28.-Marazzati D; Hollander E ; Lensi P . Peripheral marker of serotonin and dopamine function in obsessive compulsive disorder . Psy Res . 42: 41-51, 1992.
- 29.-McDougle C; Goddman W; Price L. Neuroleptic addition in fluvoxamine refractory obsessive compulsive disorder. Am J Psy 147 (5):652-654, 1990.
- 30.-Meyers C . Tritiated in obsessive compulsive volunteers and physically normal controls . Biol Psy 27: 319-327, 1990.
- 31.-Montserrat Esteve S; Costa J M; Ballús C. Patología obsesiva. Ponencia I , XI Congr. Nac. Neuropsiq. ; Málaga 1971.
- 32.-Murphy D; Zohar J; Benkelfat M. Obsesive-compulsive disorder as a 5-HT subsystem-related disorder. Br J Psy, 155; (8) : 1518-1524, 1989.
- 33.-Nicoli H. Biología Molecular y Psiquiatría; Mapeo genético del trastorno Obsesivo-compulsivo. Suplemento especial: La Biología Molecular en la Medicina Mexicana. Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 36 (1): 18-22, 1993.

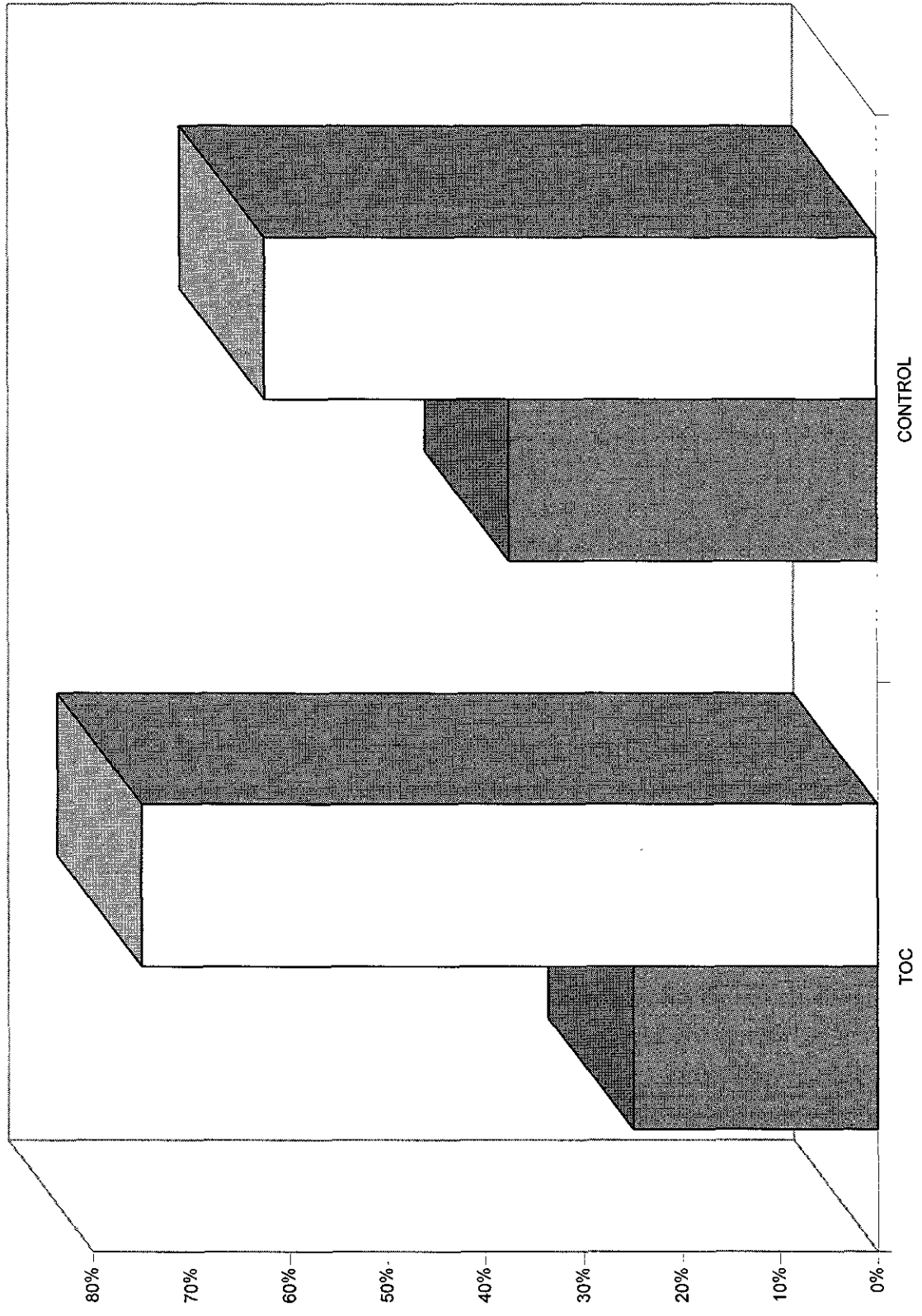
- 34.-Nicolini, H. Los nexos genéticos de las entidades psiquiátricas. *Salud Mental*, 12: 47-51. 1989
- 35.-Nicolini, H; Weissbecker K; Mejía J; Sánchez de Carmona M:. Family study of obsessive-compulsive disorder in a Mexican population. *Arch. of Med. Res*; 24(2): 193-198, 1993.
- 36.-Pauls D; Cohen D; Heinf, WCH R. Family pattern and transmission of Gilles de la Tourette syndrome and multiple tics. *Arch Gen Psy*, 38: 1091-1093, 1981.
- 37.-Pichot P; López Ibor J; Valdéz Mivar M. Trastornos Obsesivos Compulsivos. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson. 428-439. 4a edición.
- 38.-Pujol, R. y Savy A. *Le devenir de l'obsédé*: Macson, París 1968.
- 39.-Rasmussen S; Eisen J. The Epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psy*. 53 (4) : 4-9, 1992
- 40.-Silvestri R; De Domenico P. Sleep in anxiety disorders. *Neurologia Psichiatria Scienze Umane*. 15(2):211-229, 1995.
- 41.-Stein D; Hollander E; Anthony D. Serotonergic medications for sexual obsessive, sexual addiction, and paraphias. *J. Clin Psy*, 53(8): 276-271, 1992.

42.-Vallejo Ruiloba J. Trastornos Obsesivos. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Editorial Salvat. 387-403. 3a edición.

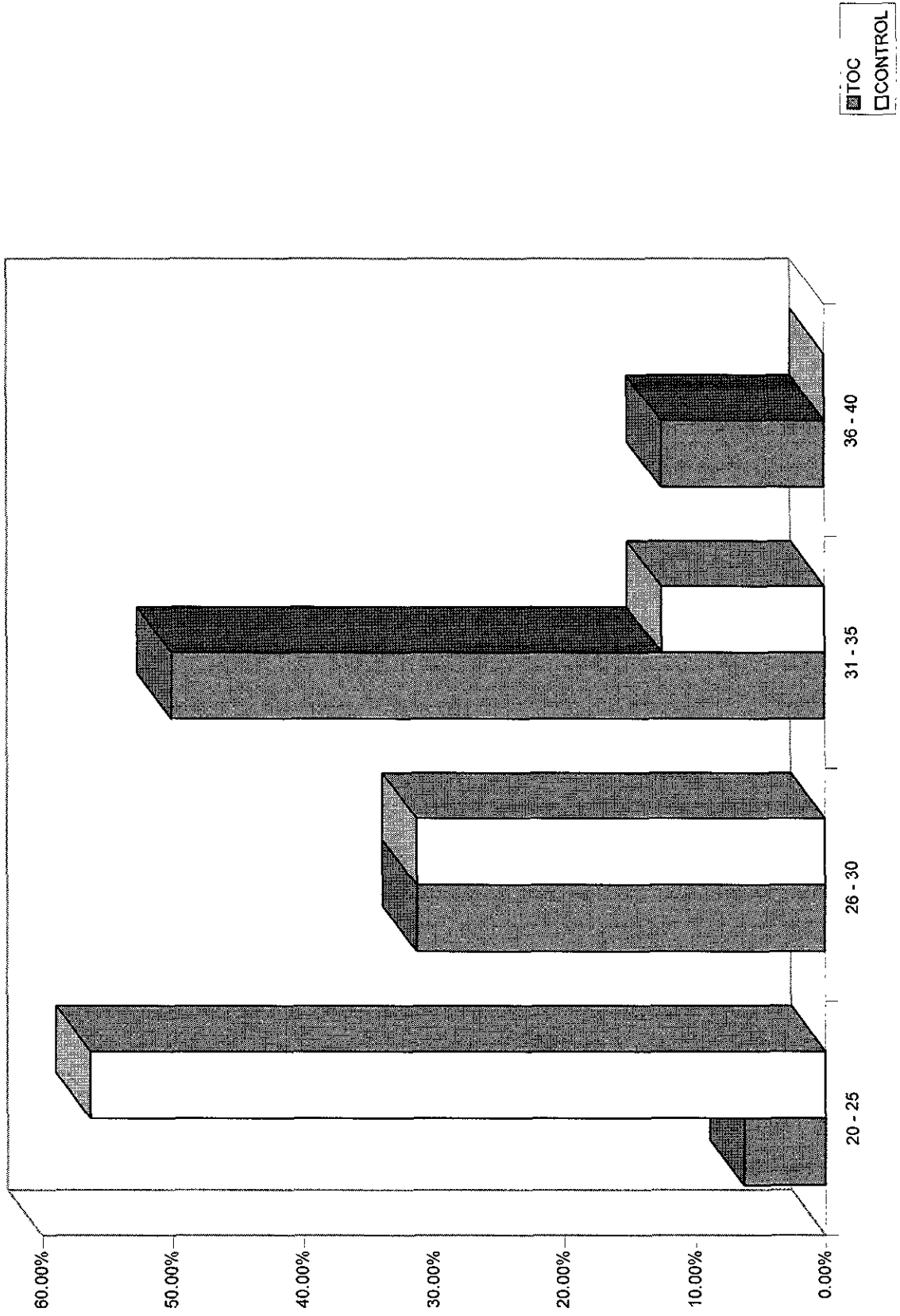
43.-Vieta E; Bernardo M. Antidepressant-induced mania in obsessive-compulsive disorder. Am J Psy. 149 (9): 12-82, 1992

■ HOMBRES
□ MUJERES

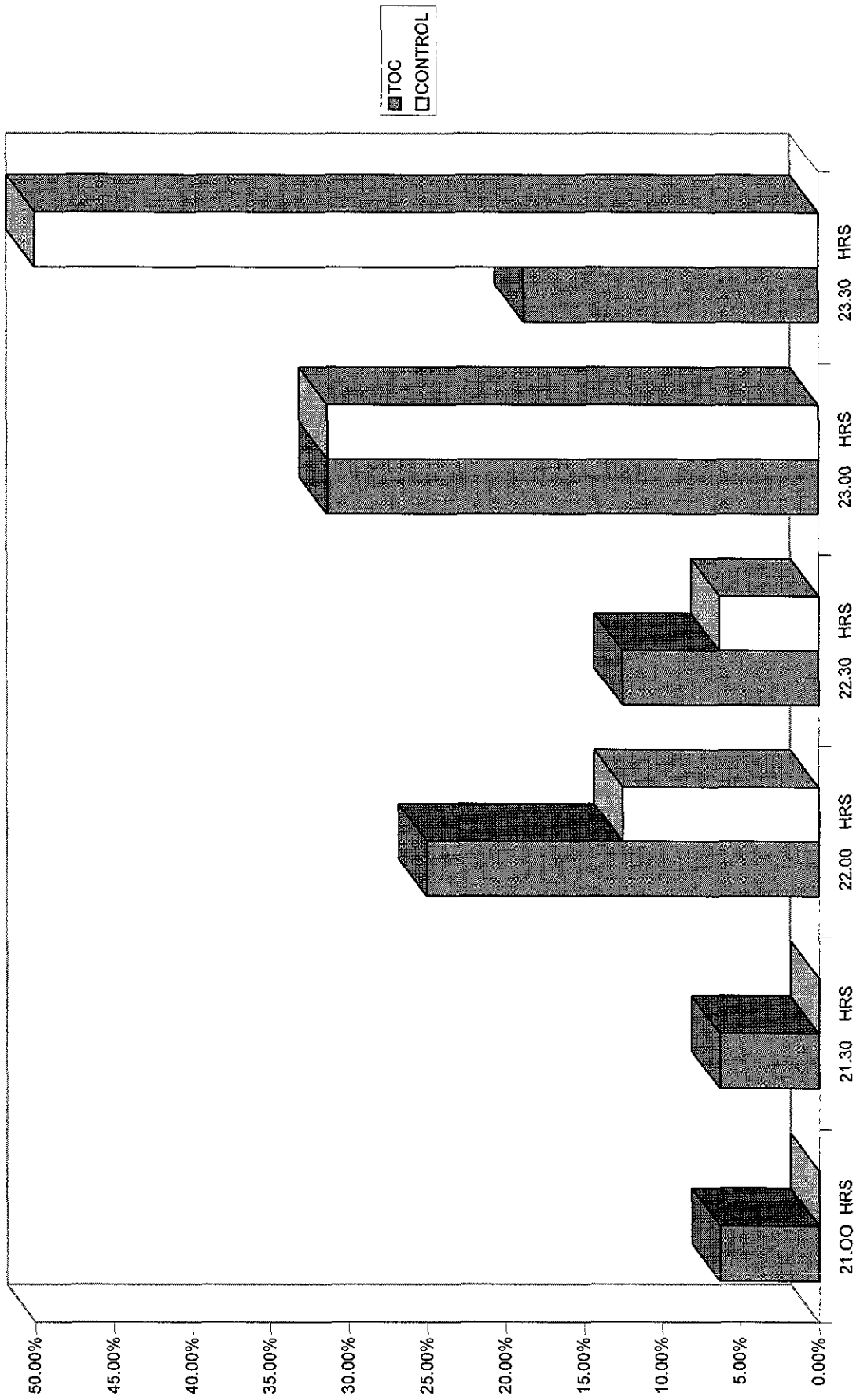
GRAFICA 1 SEXO



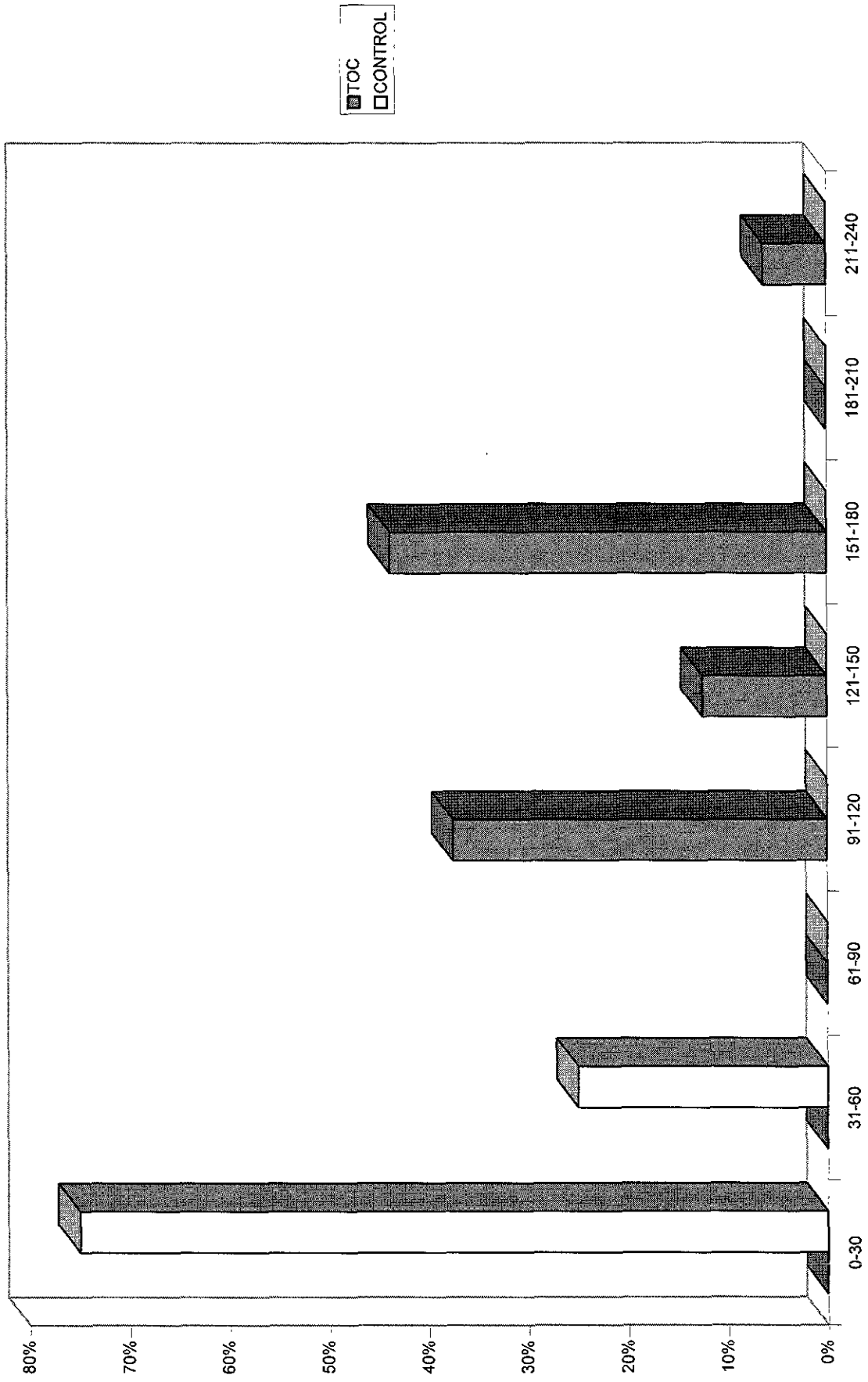
GRAFICA 2 EDAD



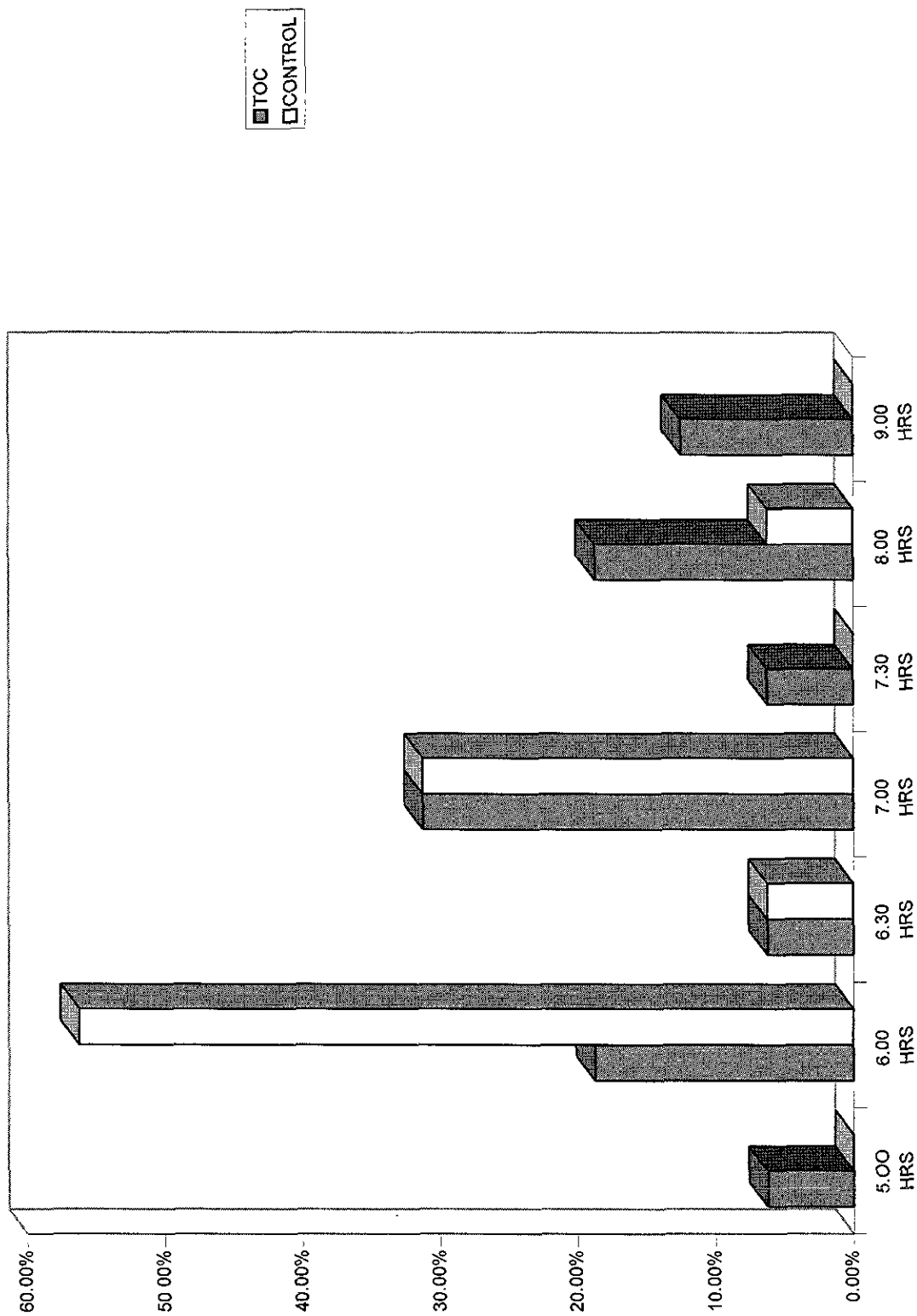
GRAFICA 3 HORA DE IR A CAMA



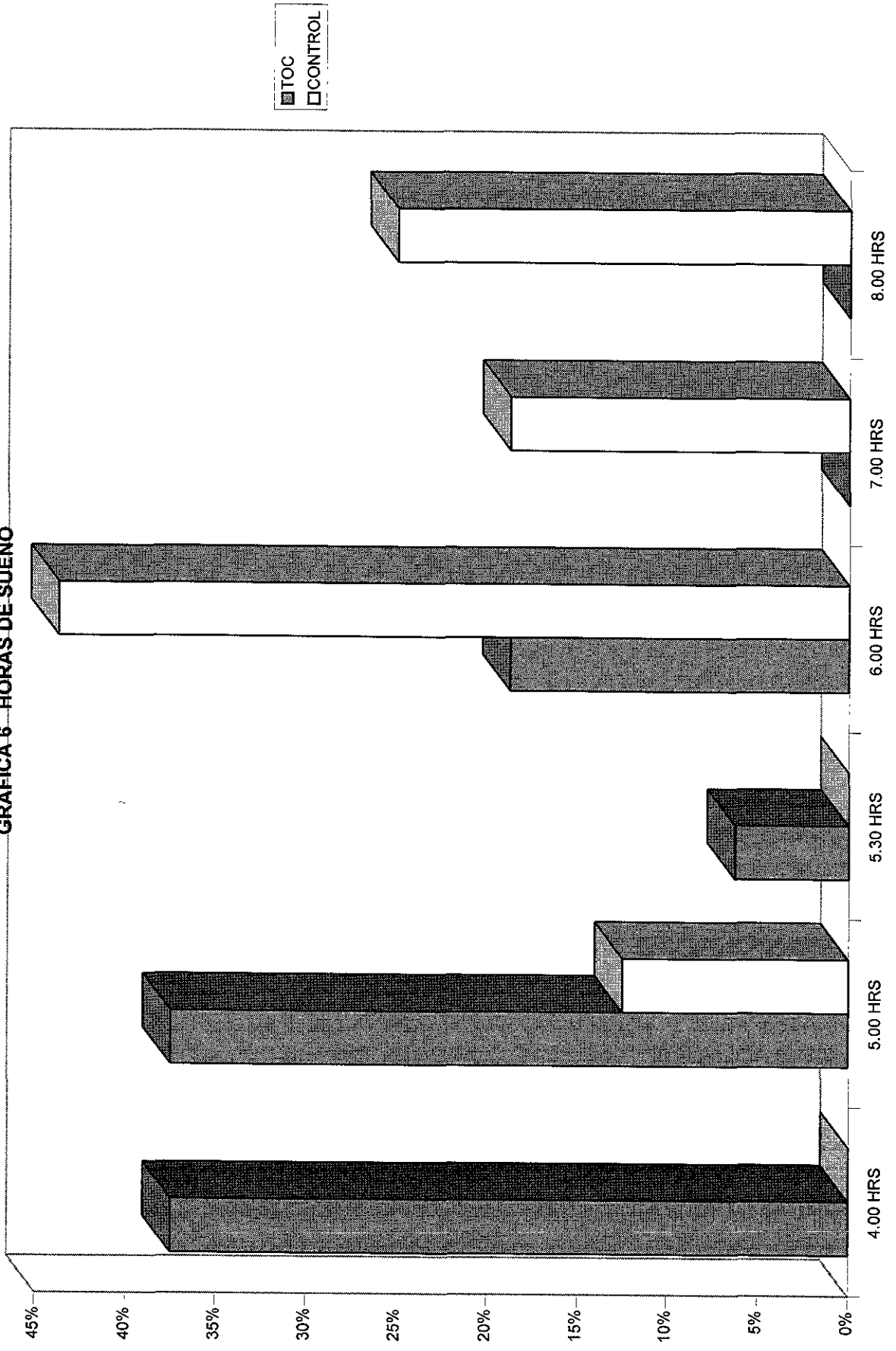
GRAFICA 4 TARDAR EN DORMIR



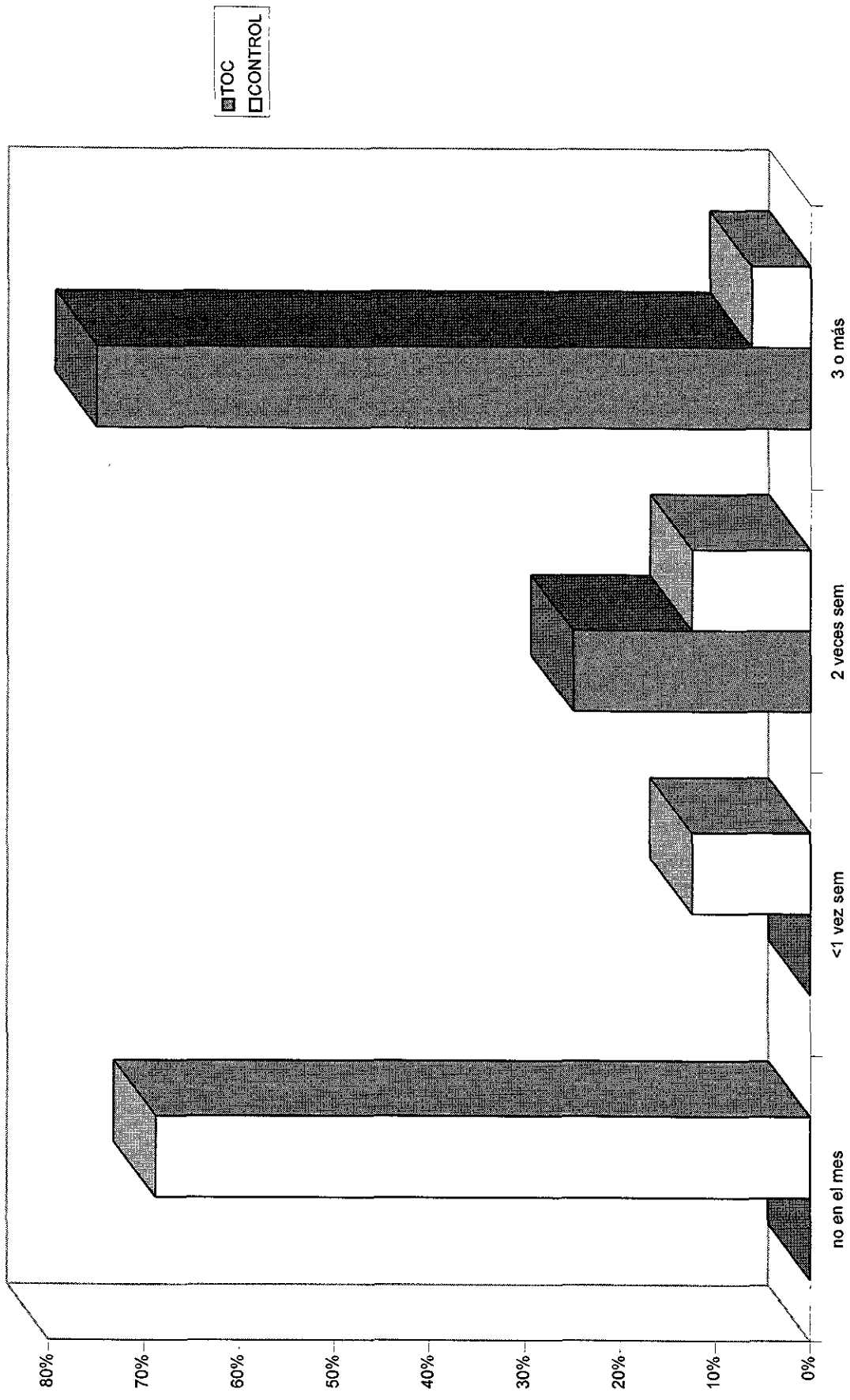
GRAFICA 5 HORA HABITUAL DE DESPERTAR



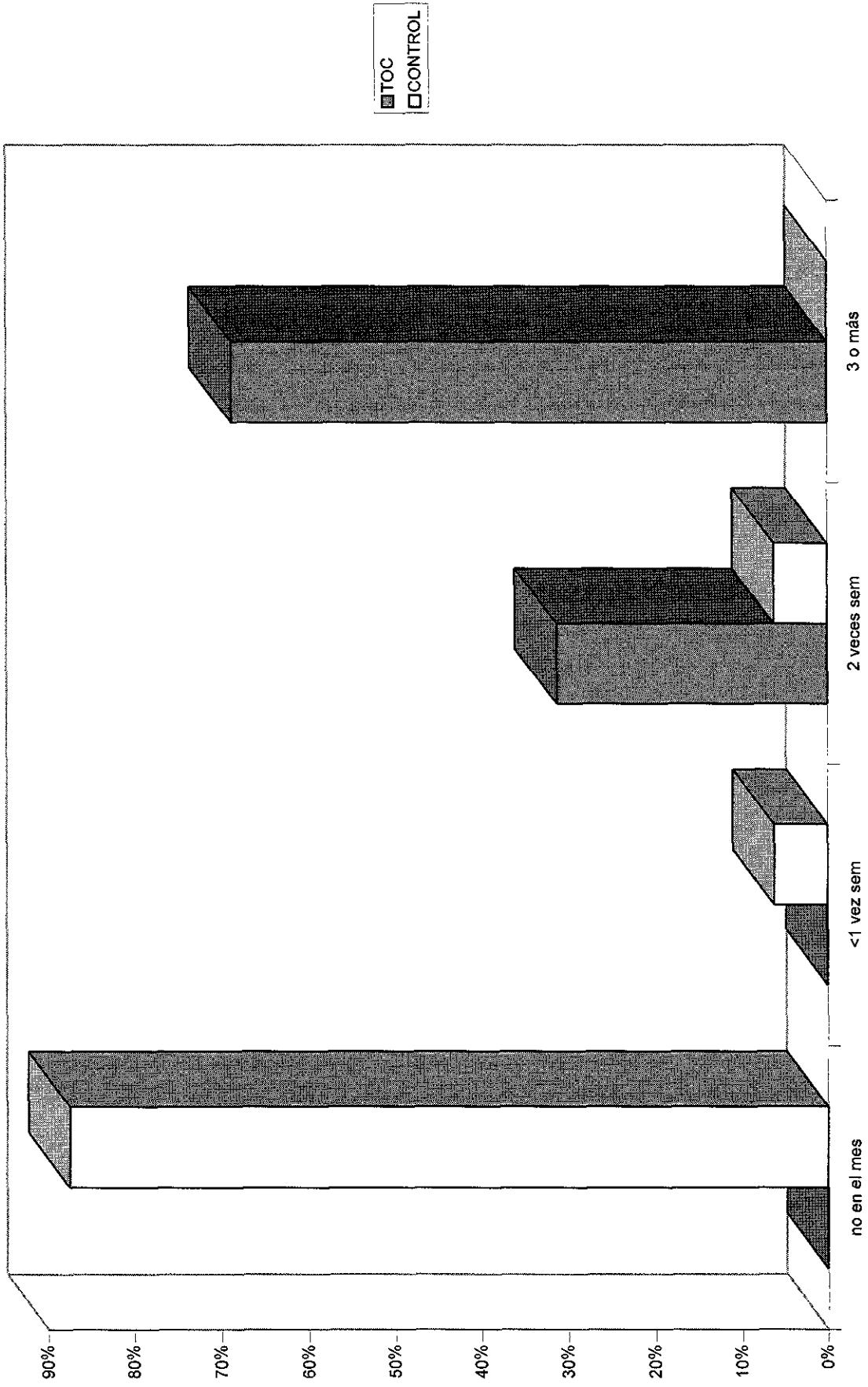
GRAFICA 6 HORAS DE SUEÑO



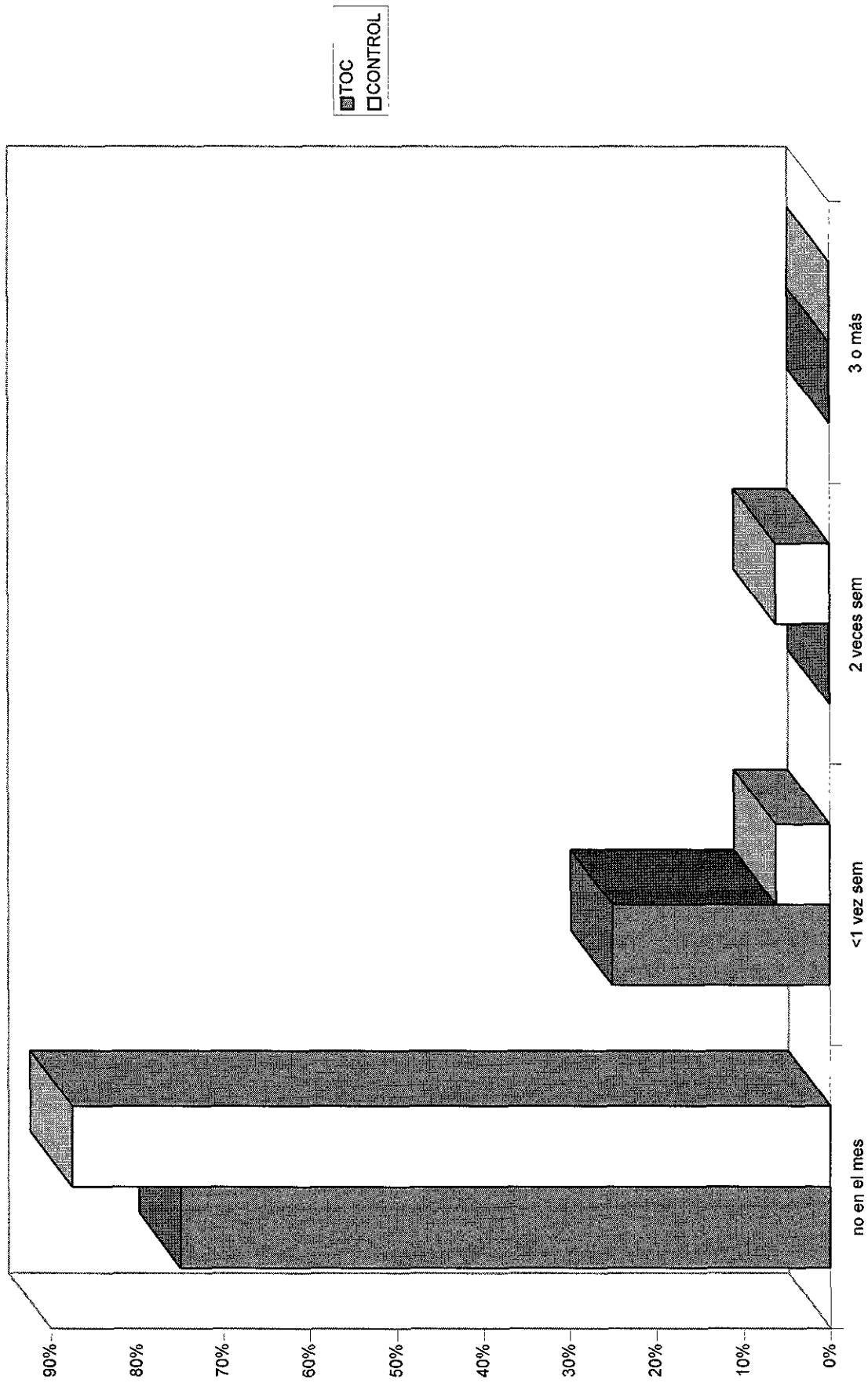
GRAFICA 7 TARDAR MAS DE 30 MIN EN DORMIR



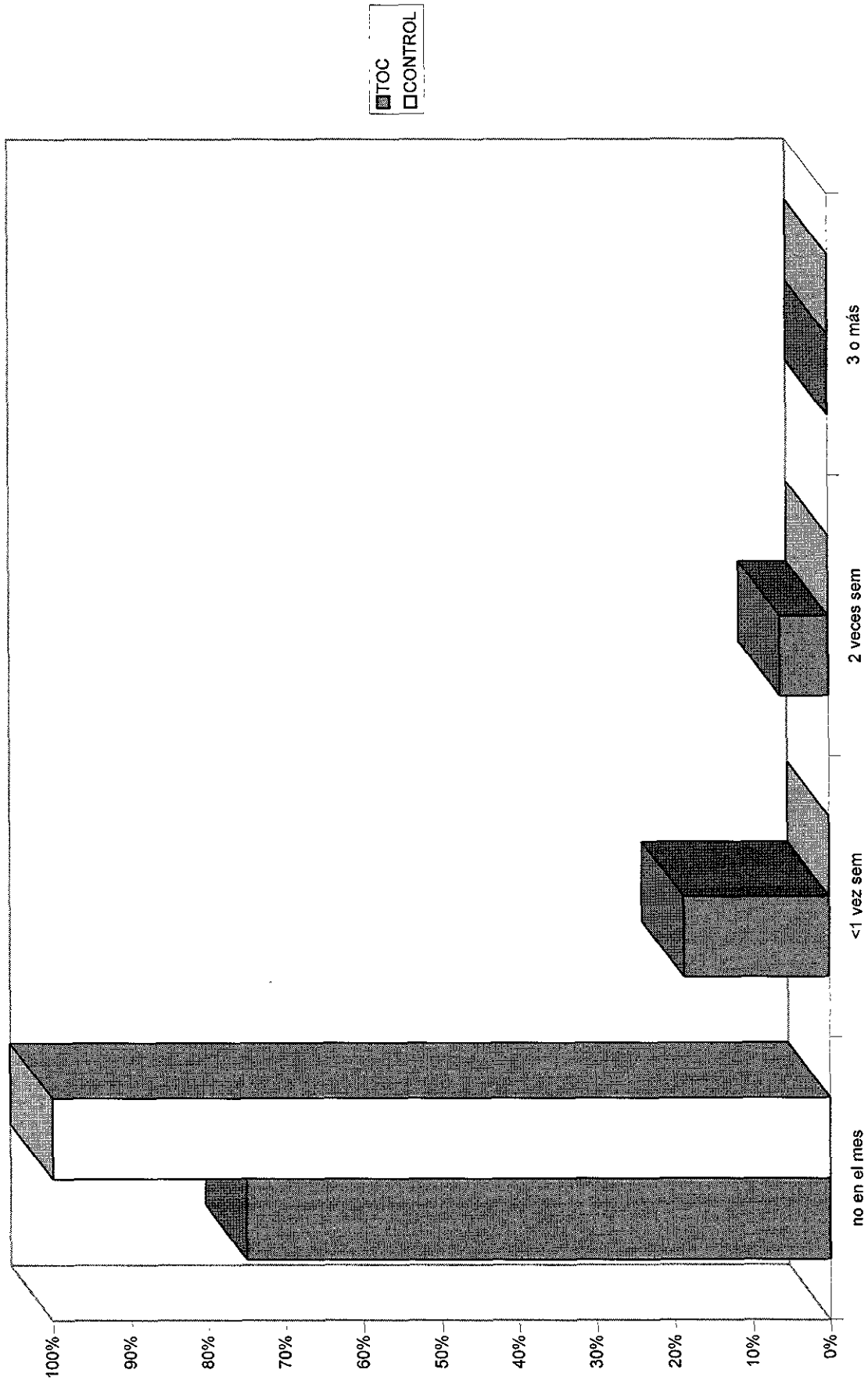
GRAFICA 8 DESPERTAR A MEDIA NOCHE



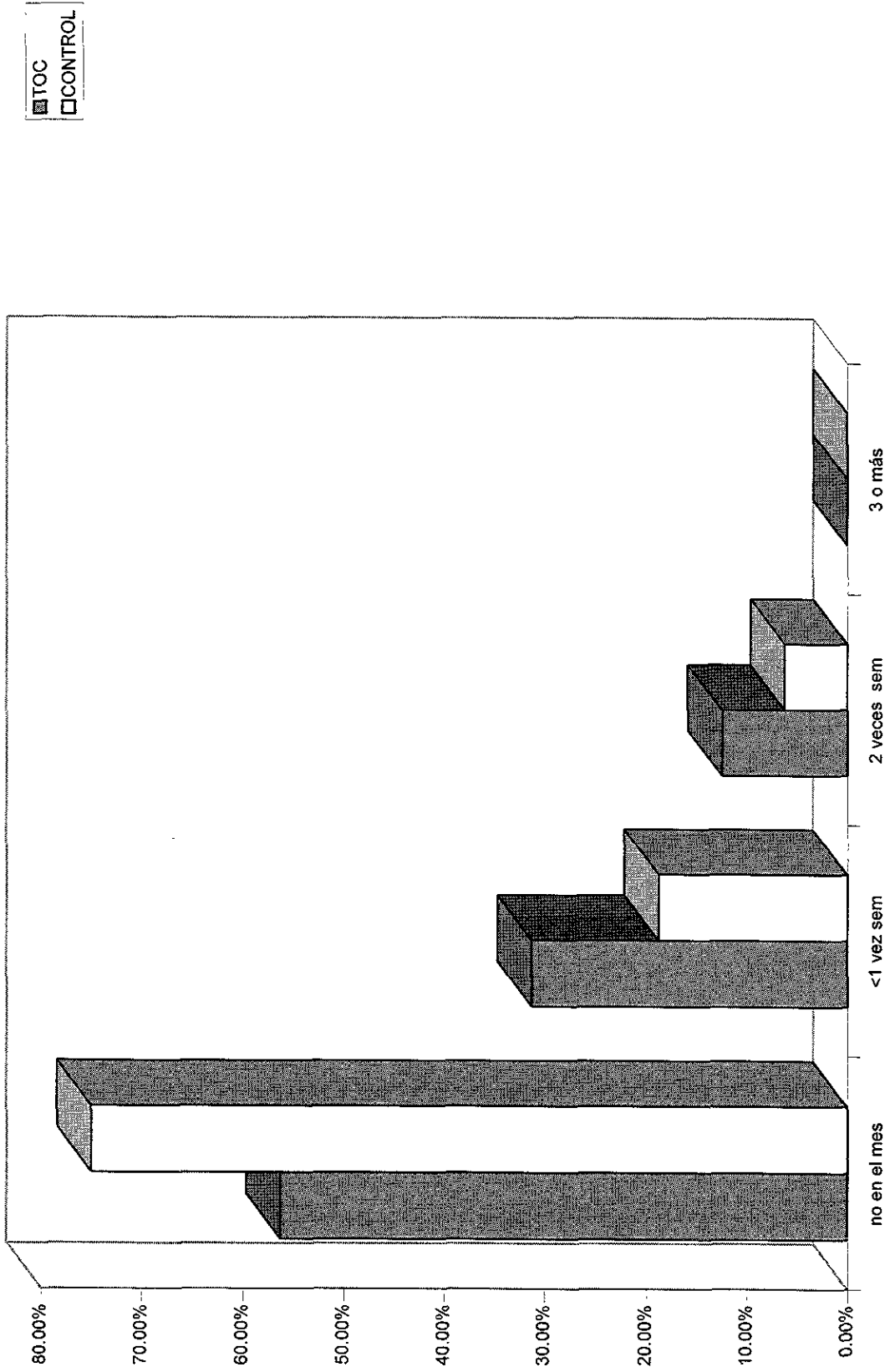
GRAFICA 9 LEVANTARSE PARA IR AL BAÑO



GRAFICA 10 PROBLEMA PARA RESPIRAR

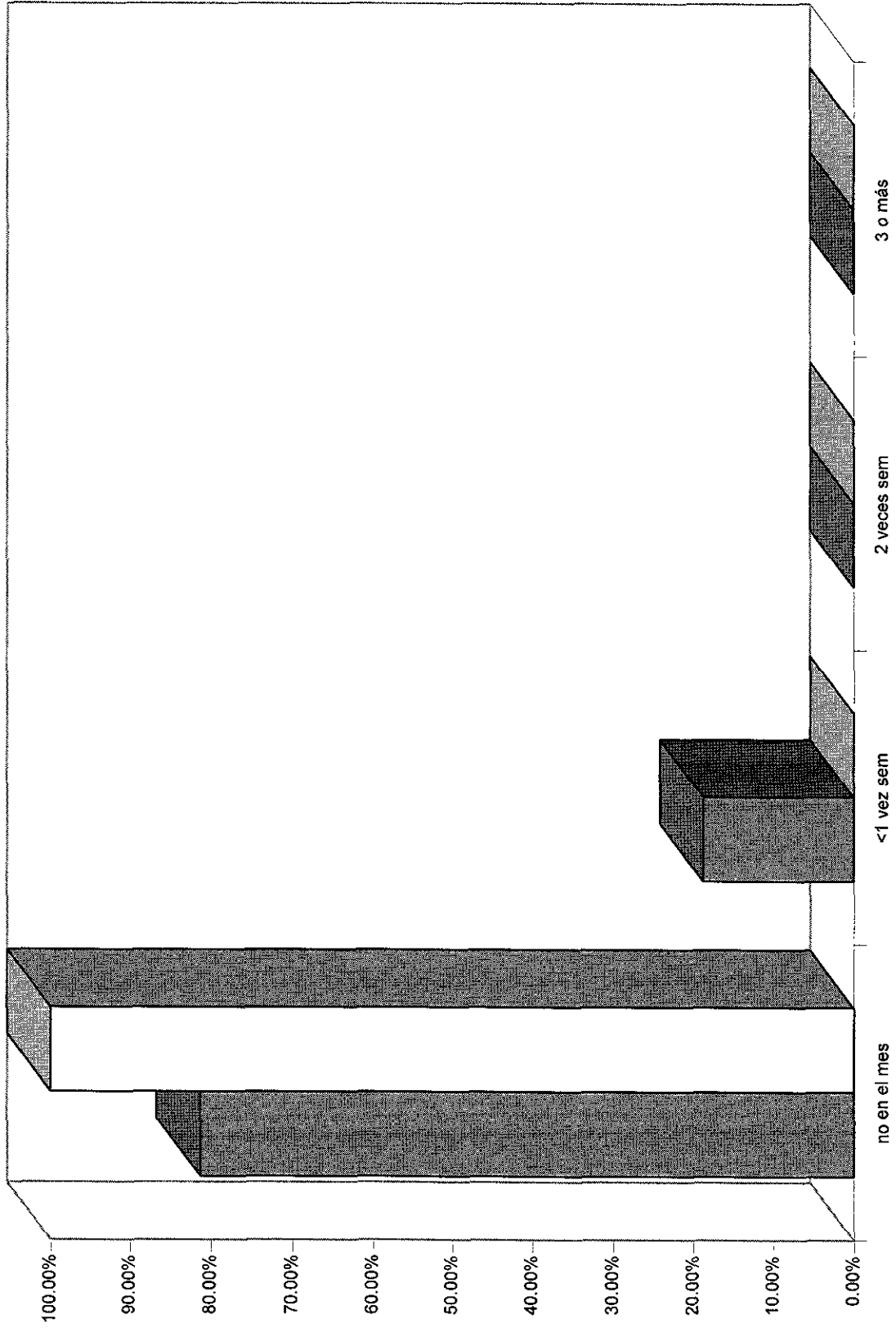


GRAFICA 11 TOSE O RONCA

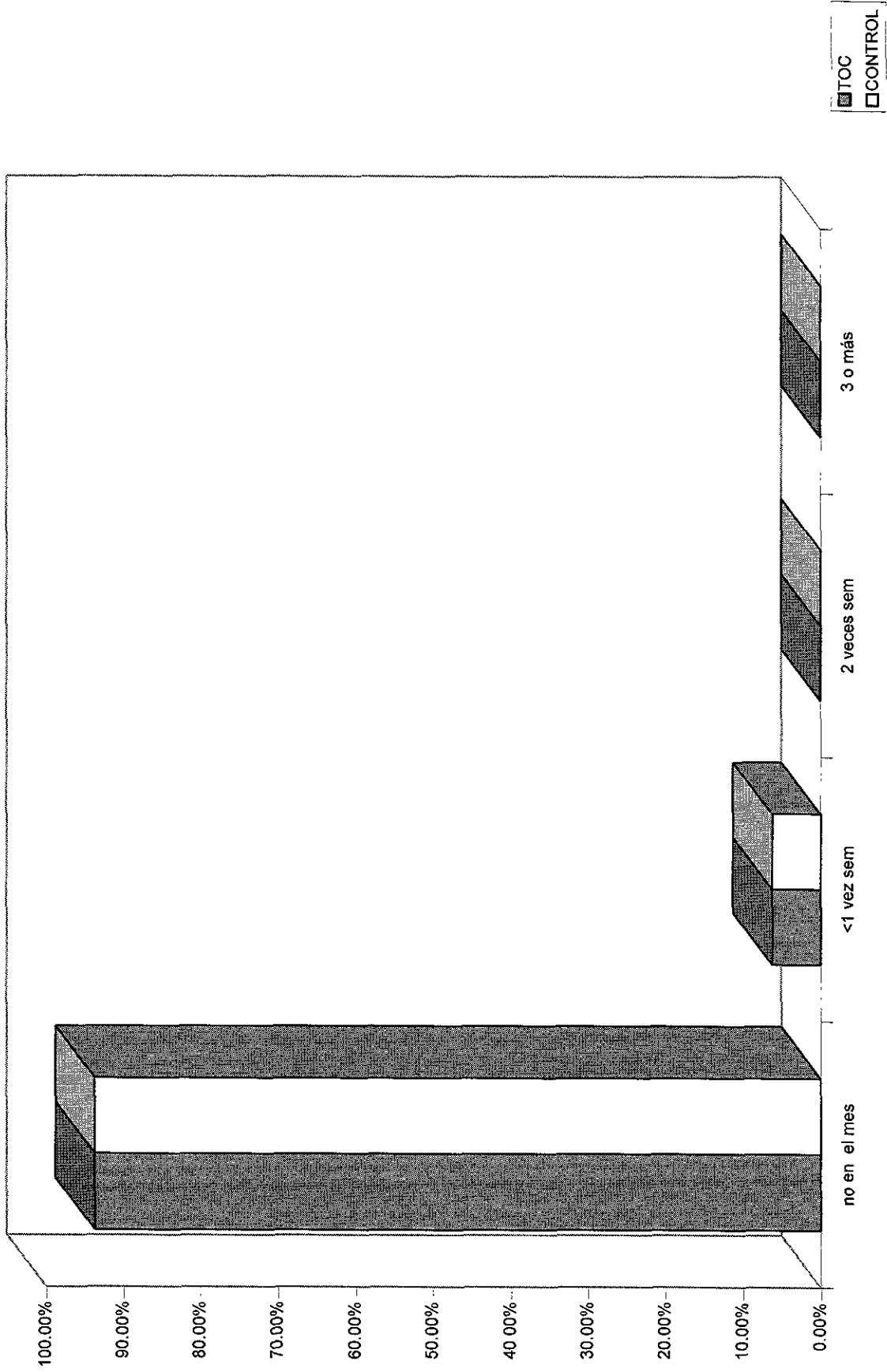


GRAFICA 12 FRIO

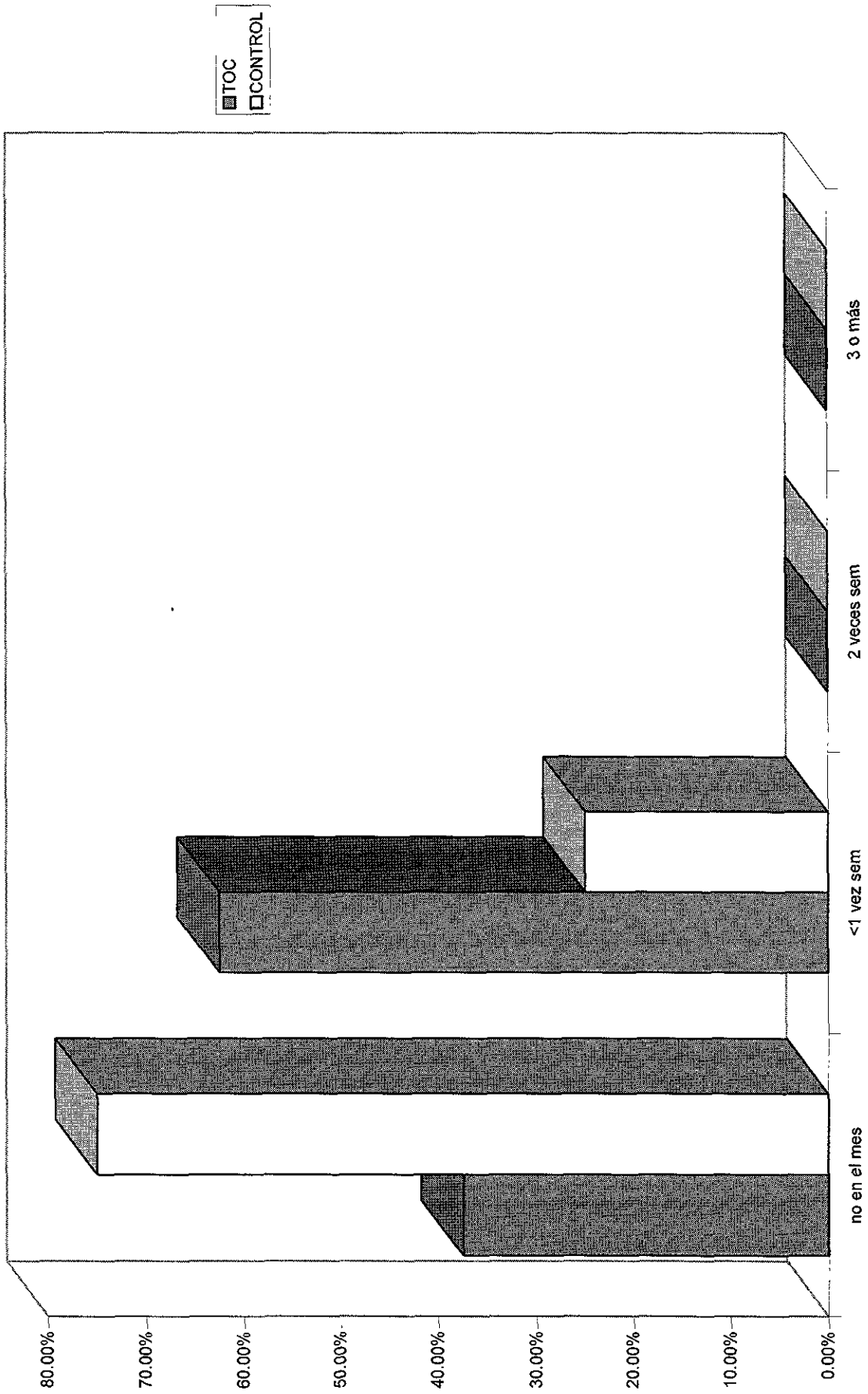
■ TOC
□ CONTROL



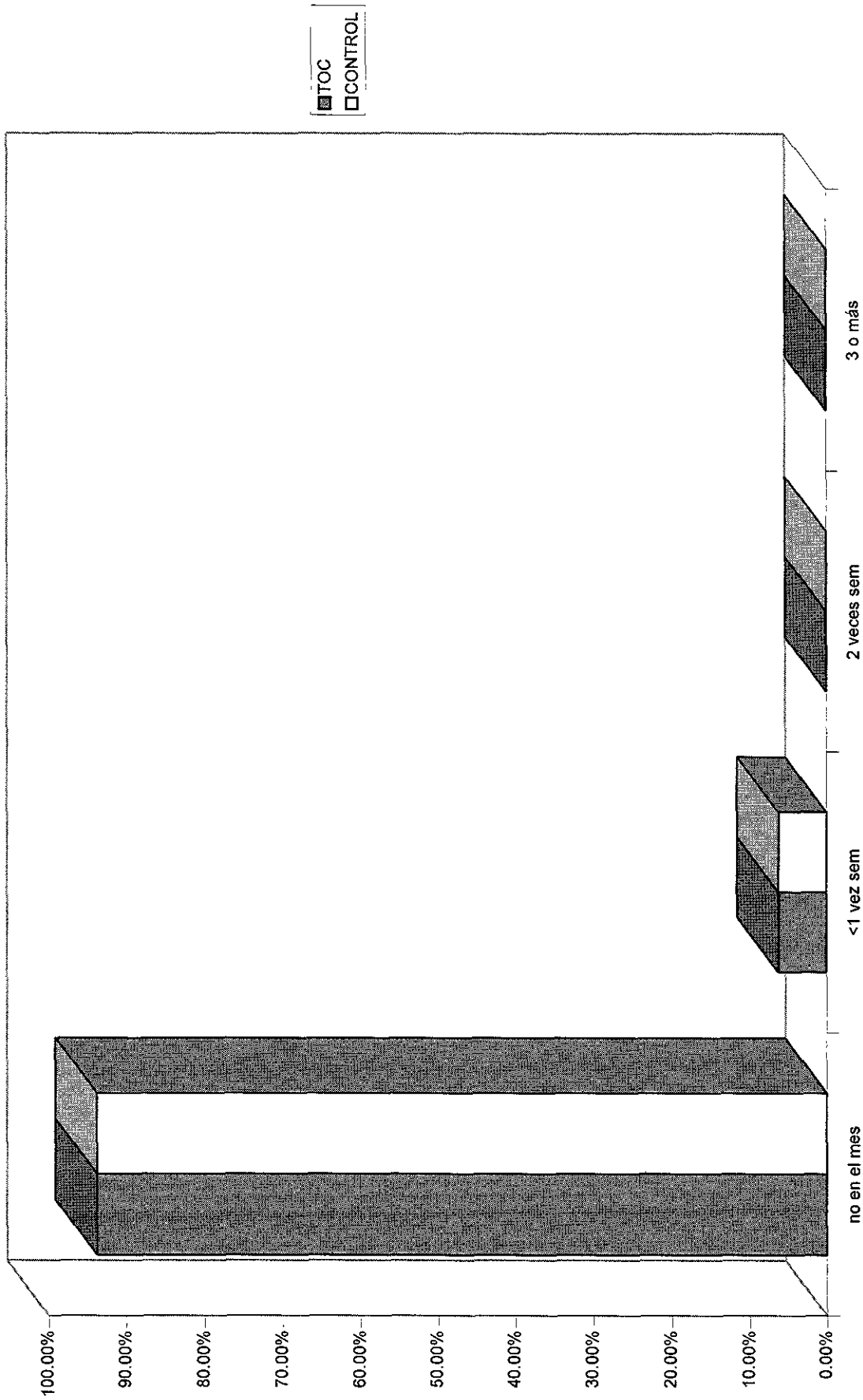
GRAFICA 13 CALOR



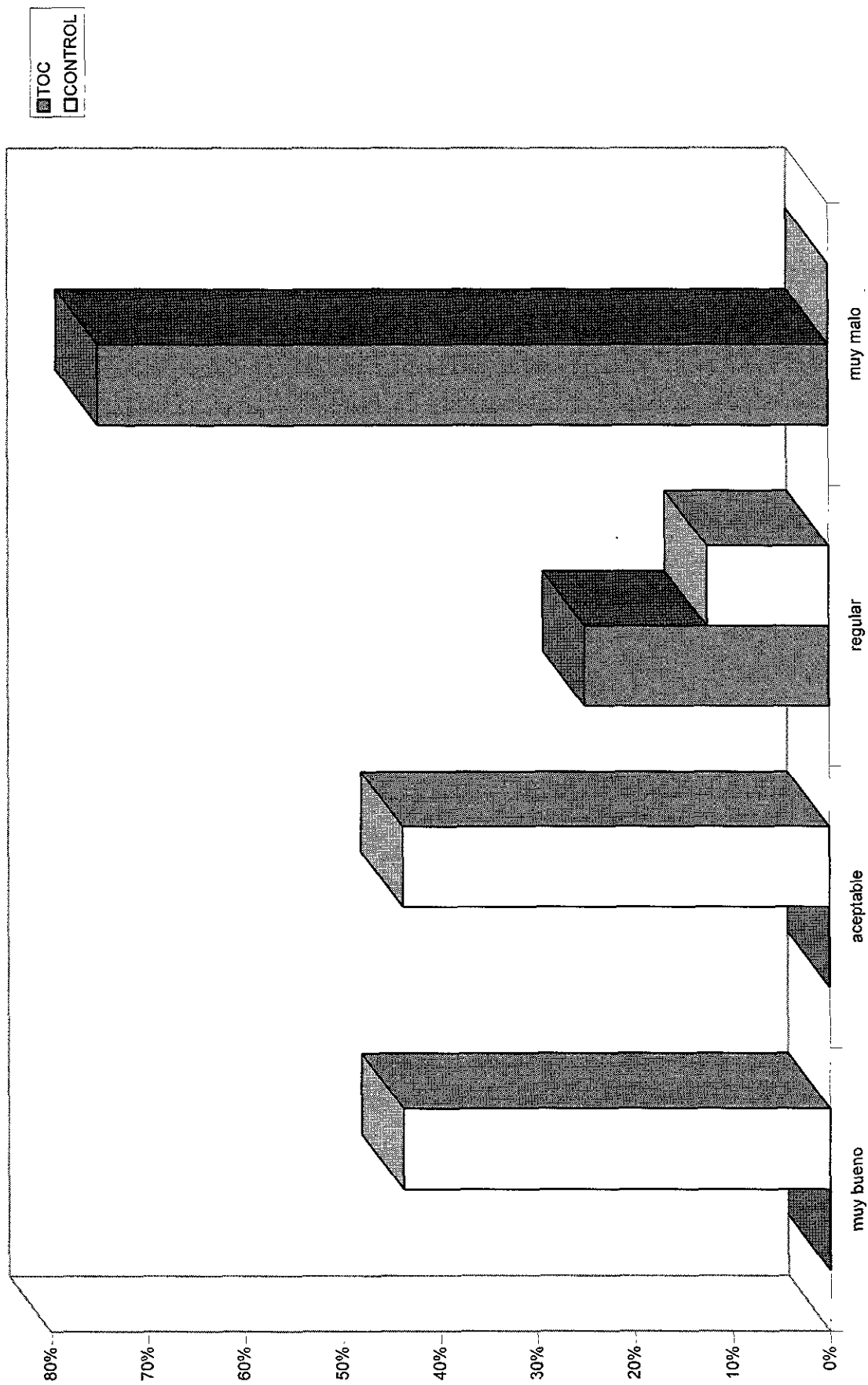
GRAFICA 14 MALOS SUEÑOS



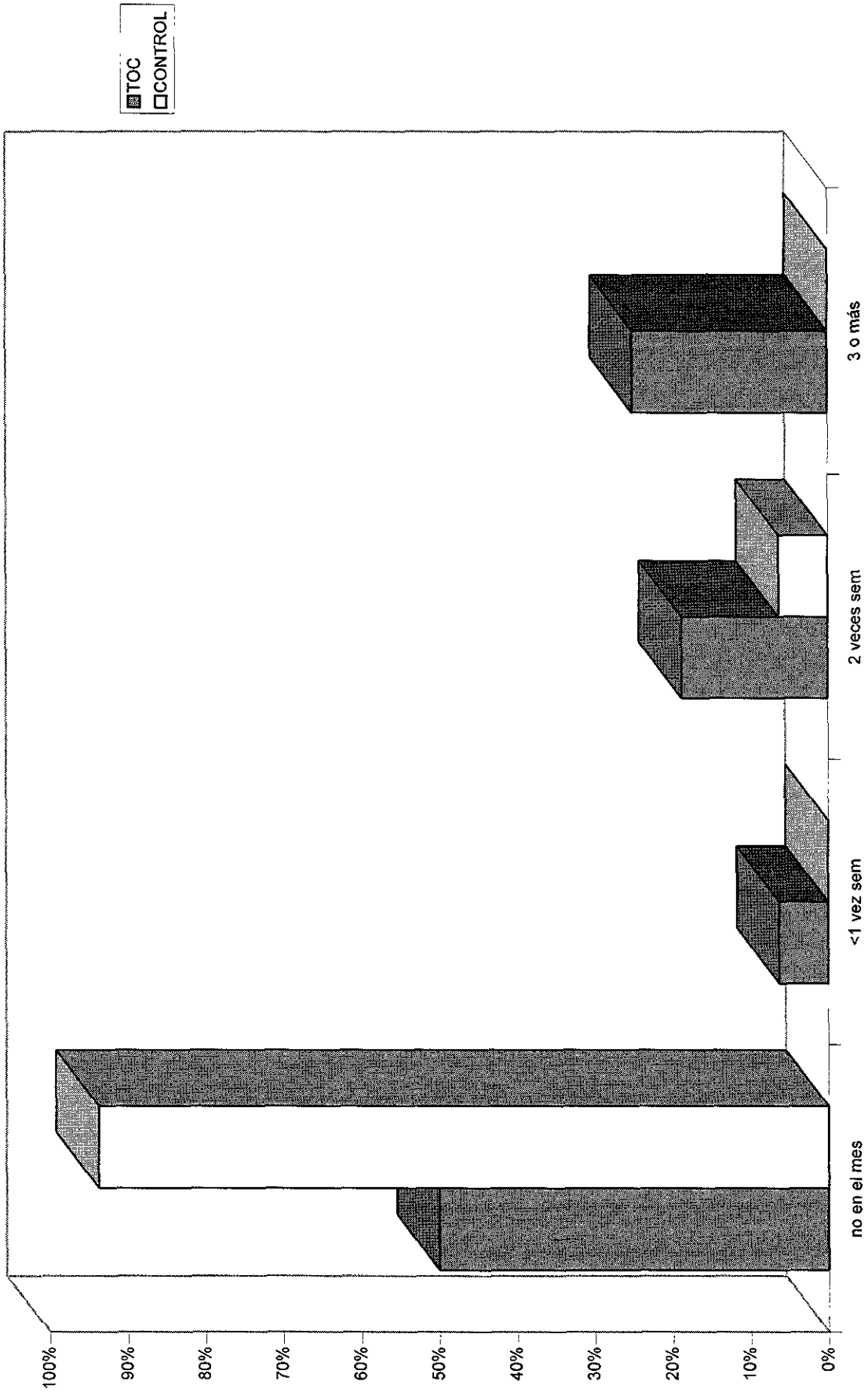
GRAFICA 15 DOLOR



GRAFICA 16 CALIFICACION DEL SUEÑO

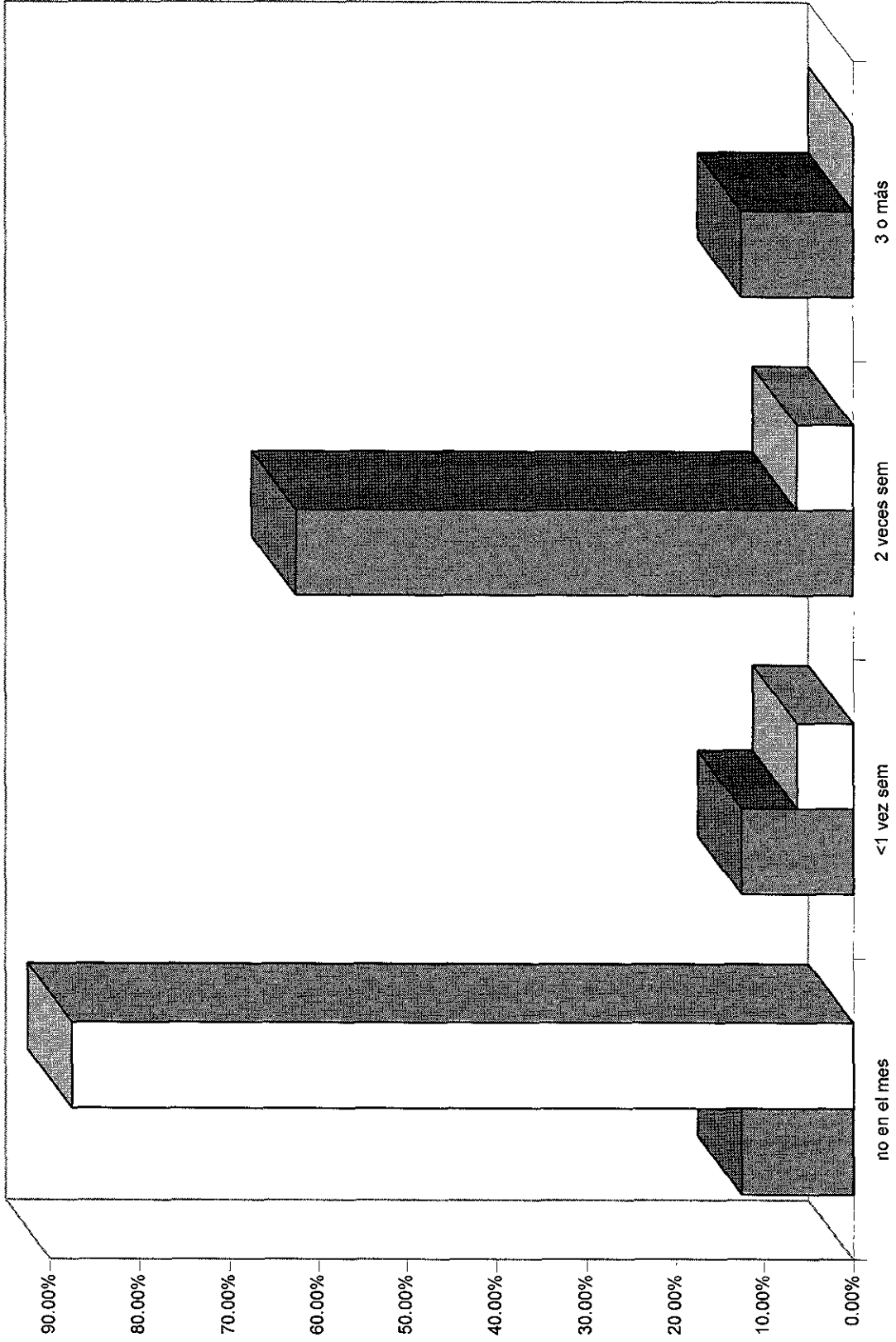


GRAFICA 17 USOS DE SUSTANCIAS

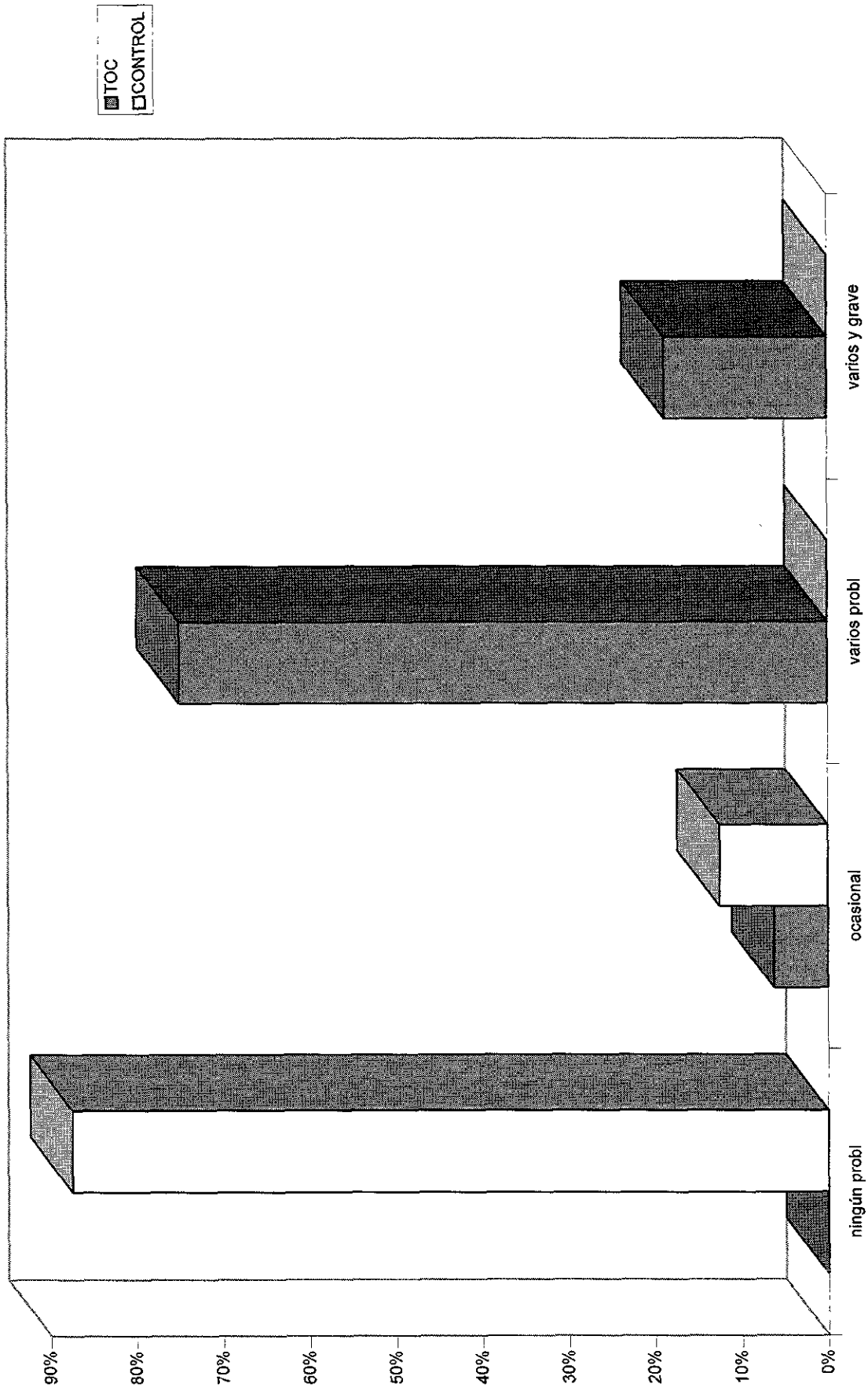


GRAFICA 18 PROBLEMAS PARA ESTAR DESPIERTO

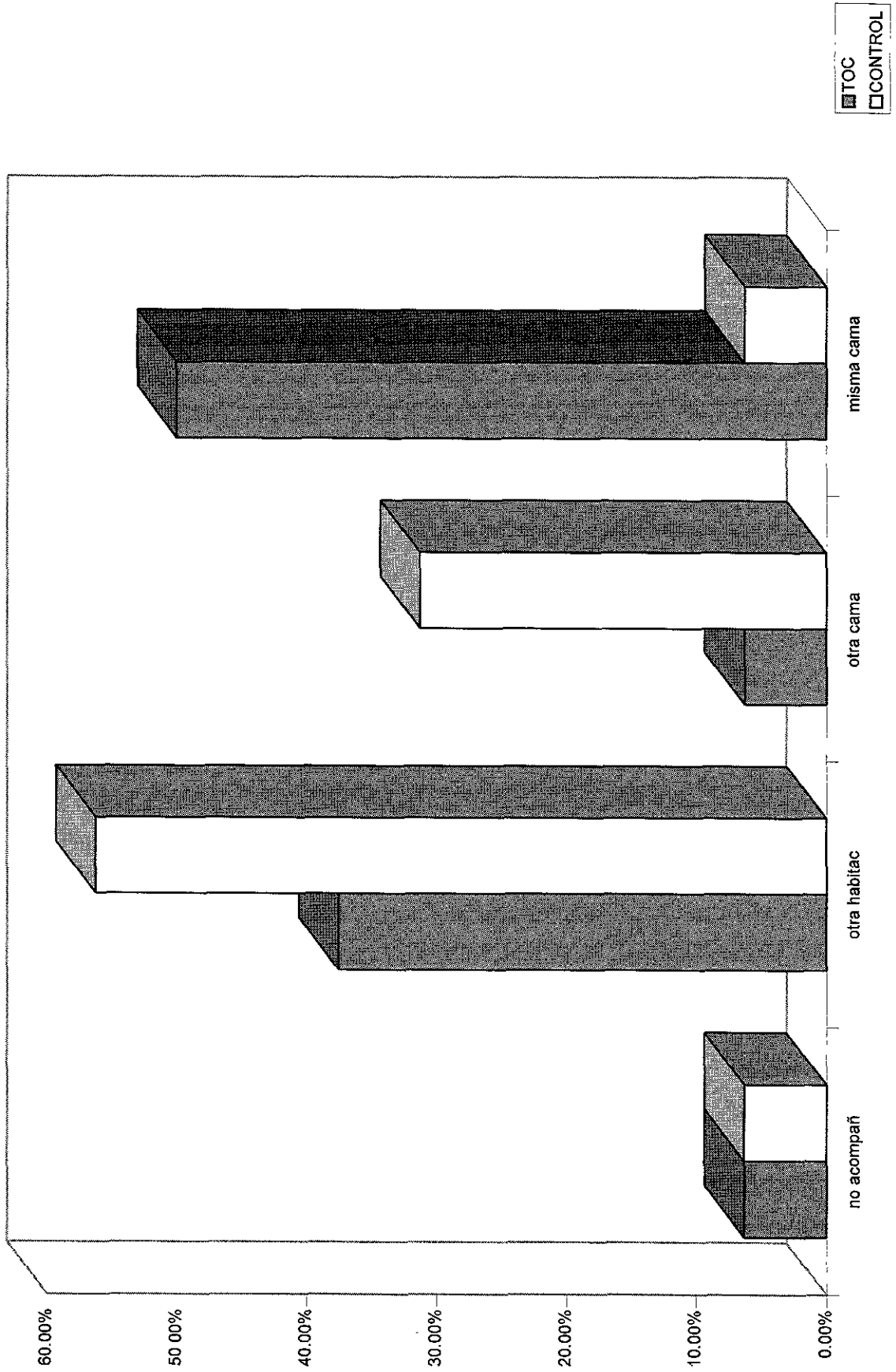
■ ITOC
□ CONTROL



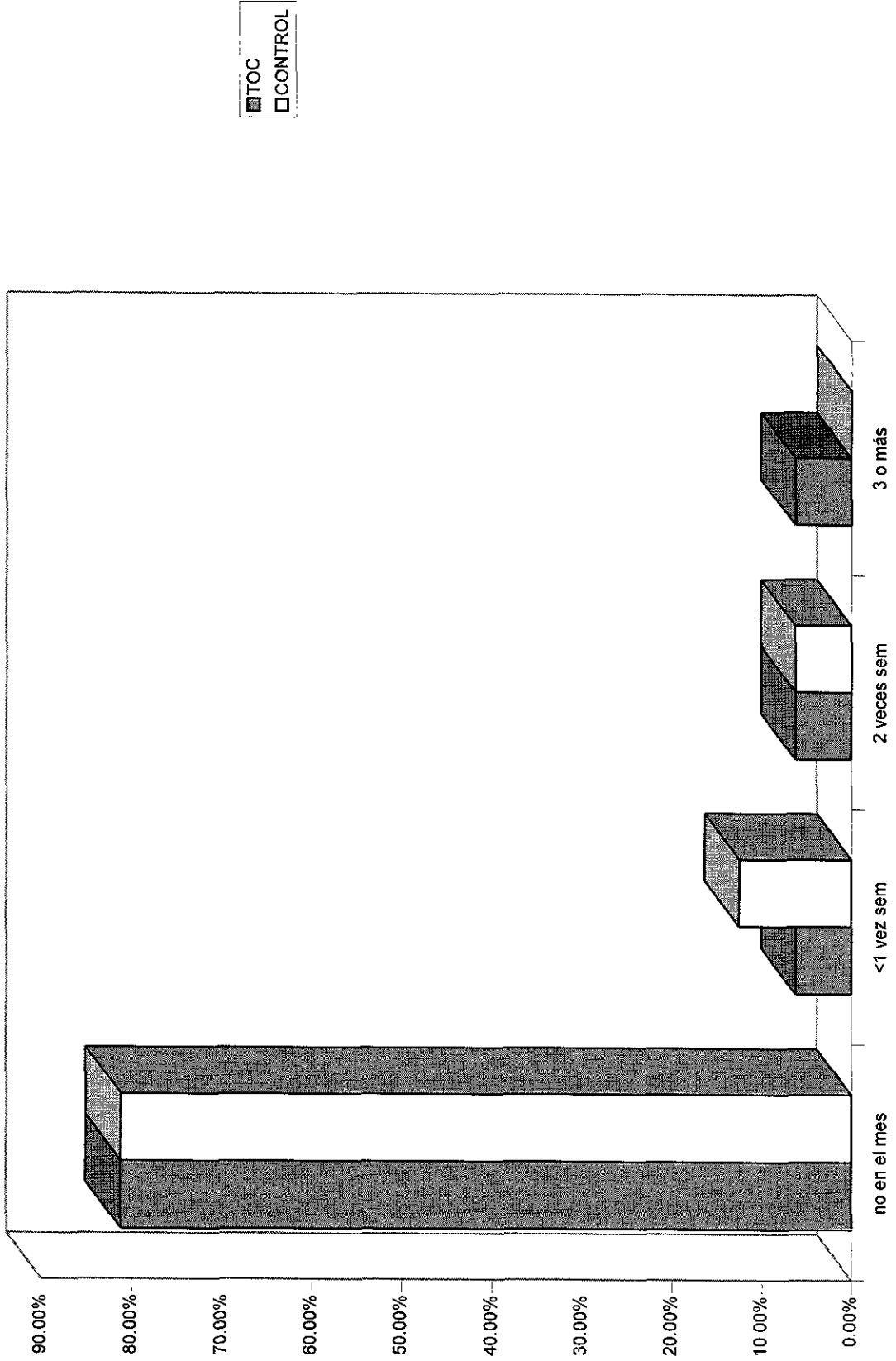
GRAFICA 19 PROBLEMAS PARA MANTENER ENTUSIASMO



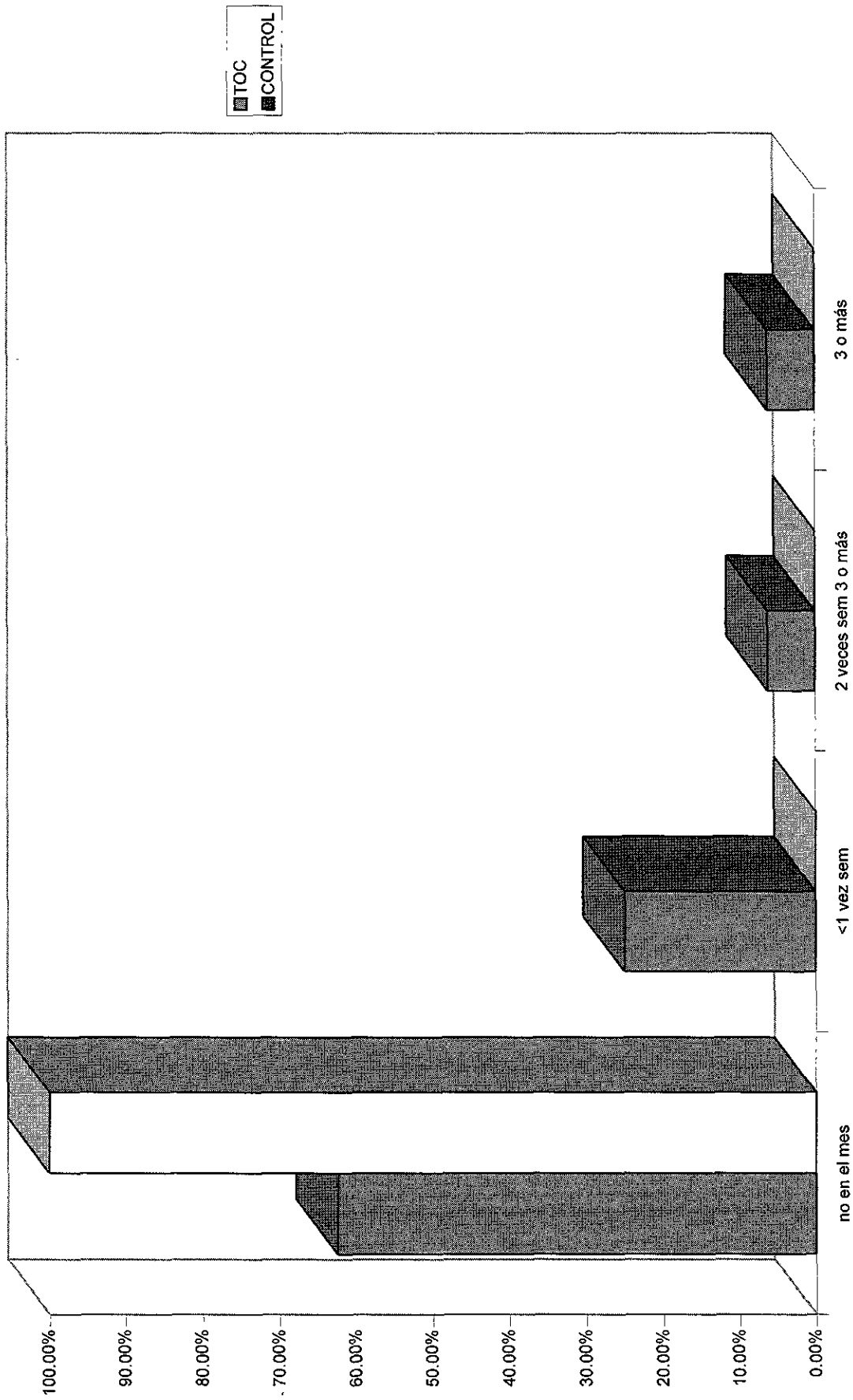
GRAFICA 20 ACOMPAÑANTE EN CAMA



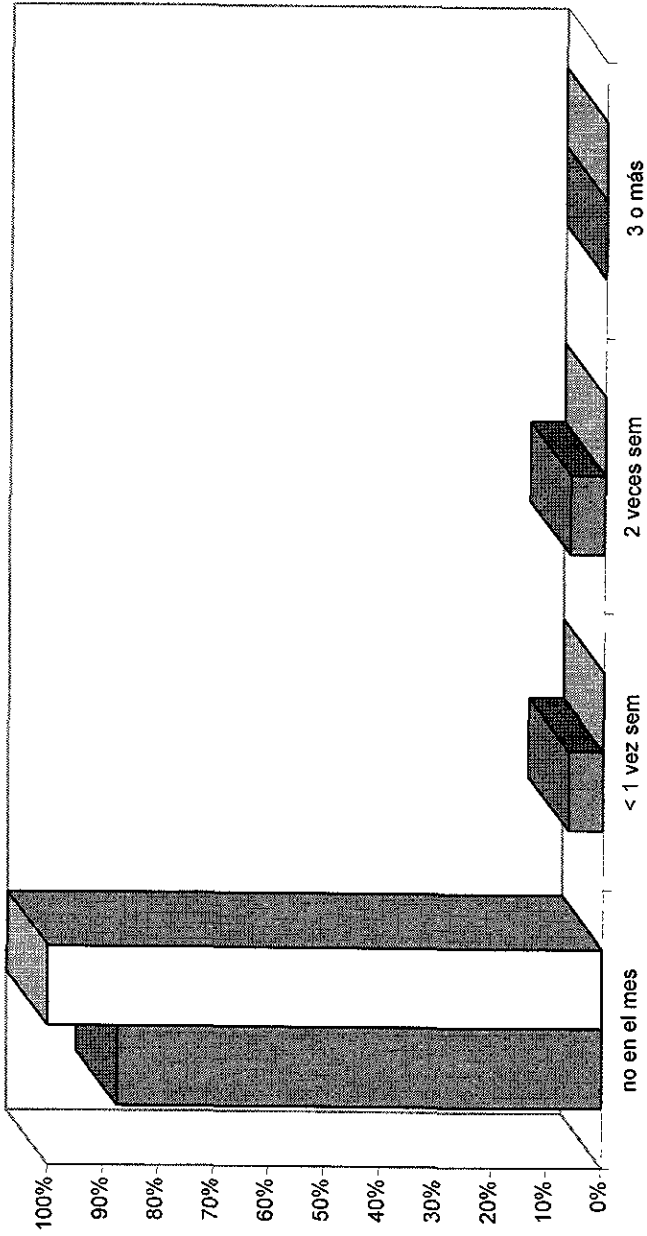
GRAFICA 21 ¿RONCO?



GRAFICA 22 ¿TENGO MOVIMIENTOS DE PIERNAS?



GRAFICA 23 ¿TENGO DESORIENTACION O CONFUSION AL DESPERTAR?



ESCALA DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)

NOMBRE----- ID-----

FECHA----- EDAD-----

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a sus hábitos de sueño que usted ha presentado **ÚNICAMENTE** en el mes previo a este cuestionario. Sus respuestas deberán ser un promedio de lo que le ha ocurrido durante la mayoría de los días y noches durante el mes pasado.

POR FAVOR CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

- 1.-Durante el mes pasado, ¿cual ha sido el horario para ir a la cama?
Me acuesto a las : _____
- 2.-Durante el pasado mes, ¿ que tanto tiempo (en minutos) tardo en quedarse dormido en promedio cada noche?.
Me tarde en dormir: _____
- 3.-Durante el mes pasado mes, ¿a que hora se estuvo despertando en las mañanas ?
Mi hora habitual de despertar es: _____
- 4.-Durante el mes pasado, ¿cuantas horas de sueño obtuvo durante la noche? (esto puede ser diferente del numero de horas que usted pasa acostado en la cama).
Horas de sueño nocturno: _____

Para cada una de las preguntas que siguen, ponga una cruz en la que mejor corresponda a su respuesta. por favor conteste todas las preguntas con una sola respuesta.

- 5.-Durante el pasado mes, ¿que tantos problemas de sueño ha tenido y por que?

a) se tardo mas de 30 minutos en iniciar su sueño:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

b)Se ha despertado a mitad de la noche o mas temprano de los acostumbrado:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

c)Se ha tenido que levantar de la cama para ir al baño:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

d)No puede respirar de manera confortable:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

e)Tose o ronca de manera importante:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

f)Siente mucho frío:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

g)siente mucho calor:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

h)Ha tenido malos sueños:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

i)Ha tenido dolor:
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

j)Otra razón(es) de su problemas de sueño (por favor descríbalas)

6.-¿Durante el mes pasado como calificaría en promedio a su sueño?
muy bueno ___ aceptable ___ regular ___ muy malo ___

7.-Durante el pasado mes, ¿que tan a menudo ha tenido que tomar medicinas para dormir?
(prescritas o por su cuenta, así como remedios caseros).
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

8.-Durante el pasado mes, ¿que tan a menudo ha tenido problemas para estar despierto
mientras maneja, come sus alimentos o se encuentra en actividades sociales?.
no durante el pasado mes ___ <1 vez por semana ___ 2 veces por semana ___ 3 o mas ___

9.- Durante el pasado mes, ¿que tantos problemas tuvo para mantener el entusiasmo en las cosas que estaba realizando?.

ningún problema____ solo ocasionales____ varios problemas____ graves problemas____

10.-¿Tiene usted un acompañante de cama o de habitación?

no tengo acompañante__ compañero en otra habitacion
en el mismo cuarto pero diferente cama__ acompañante en la misma cama____

Si usted tiene un acompañante de cama o cuarto en la misma habitación o cama, hágale las siguientes preguntas referentes a su conducta durante su sueño en el ultimo mes:

a)¿Ronco fuerte?

no durante el pasado mes__ <1 vez por semana__ 2 veces por semana__ 3 o mas__

b)¿Me detengo o interrumpo la respiración por tiempo prolongado?

no durante el pasado mes__ <1 vez por semana__ 2 veces por semana__ 3 o mas__

c)¿Muevo las piernas o las sacudo?

no durante el pasado mes__ <1 vez por semana__ 2 veces por semana__ 3 o mas__

d)¿He tenido episodios de desorientación o confusión cuando me despierto?

no durante el pasado mes__ 1< vez por semana__ 2 veces por semana__ 3 o mas__

e)¿Has observado que mi sueño es intranquilo por alguna otra razón(es)?, ¿me la podrías explicar?

no durante el pasado mes__ <1 vez por semana__ 2 veces por semana__ 3 o mas__

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA (PARA SER LLENADA POR EL MEDICO)

I.D: _____

COMENTARIOS: _____
