



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL INSOMNIO:
APLICACION DEL *INVENTARIO DE SALUD, ESTILOS DE VIDA
Y COMPORTAMIENTO* (S.E.V.I.C.)**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Gustavo Sandoval Kingwerqs

DIRECTOR:

Dr. Juan José Sánchez Sosa

MÉXICO, D.F., MAYO DE 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

Resumen	1
INTRODUCCIÓN	
1. Epidemiología	3
1.1 México	3
1.2 Otros países	3
2. Los trastornos del sueño en la vida diaria: sus consecuencias	9
3. Terminología: ¿qué es insomnio y qué no lo es?	
3.1 Etimología y subjetividad	17
3.2 Las clasificaciones: el insomnio psicofisiológico	21
4. Los insomnios y otros trastornos de sueño	27
5. El sueño y la actividad cerebral	34
6. El dormir, el sexo y la edad: diferencias individuales	41
7. Las causas	45
8. ¿Tres tipos de insomnio?	50
9. Los que duermen bien y los que duermen mal: algunos postulados teóricos	52
10. El insomnio y los eventos estresantes de la vida	59
11. Los mecanismos del insomnio	60
12. El problema central	62
13. Una hipótesis factible	65
14. Grupos de riesgo: factores de riesgo	67
15. Prevención y estilos de vida: los factores de crianza	77
16. Fundamentos del estudio	80

	MÉTO DO	
Participantes		82
Instrumento		82
Estructura factorial		84
Diseño		85
Hipótesis		86
Procedimiento		87
Análisis estadístico de los datos		90

	RESULTADOS	
1. Variables de crianza		100
1.1 "Duermo muy poco"		100
1.2 "Tomo pastillas para dormir o para los nervios"		102
1.3 "Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho"		104
1.4 "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror"		105
1.5 "Soy sonámbulo(a), camino dormido(a)"		107
1.6 "He tenido problemas con el sueño (o dormir) durante..."		109
2. Aplicación del análisis de regresión lineal múltiple (SPSS)		115

DISCUSIÓN

1. Observaciones preliminares	116
2. Análisis de los resultados obtenidos	
2.1 Epidemiología	117
2.2 Diferencias sexuales y otras características demográficas	120
2.3 Variables de crianza significativas	121
2.4 Otras observaciones estadísticas	123
3. Limitaciones	126
4. Análisis estadístico: el método actuarial	129
5. Aplicaciones posibles en crianza y educación: los padres, los hijos y los profesionales de la salud	131
6. Educación para descansar	136
7. La necesidad de prevenir y la psicología del riesgo	139
8. Aplicaciones más generales: el sueño de todo ser humano	143
9. Algunos puntos de controversia	148
10. Contribuciones: algunas sugerencias	149
11. Aclaraciones pertinentes	150

BIBLIOGRAFÍA	152
Apéndices	
Apéndice A.- Instrumento	180
Apéndice B.- Sustancias adictivas	207
Apéndice C.- Glosarios	219
Apéndice D.- Cuestionario de sueño	222

¿A quién dedicar este trabajo? Muchas cosas sucedieron desde que lo comencé, hace más de doce años (1989-1990): olvidos, distracciones, pérdidas incluso, por una parte; ganancias y nuevas formas de ver esa gran experiencia que llamamos vida, por la otra; lecciones todas ellas que me decían cada vez, de maneras simpáticas u odiosas, que el tiempo estaba pasando, que seguía pasando y que, por supuesto, algo había que hacer al respecto.

En todo ese periodo, muchas ideas vinieron a mi mente respecto a quién o quiénes eran los responsables, a mi lado, de esta larga historia. Estoy dedicando, pues, este resultado a las siguientes personas/circunstancias:

A mis orígenes, primero, que me estimularon lo suficiente para poder expresar todas estas palabras: a mi mamá, en espera de que se esfuerce por perder los miedos, que yo estoy haciendo lo mismo, y a quien le agradezco su continua disposición, su continua presencia, su constancia para que mi hermano y yo hayamos recibido educación; a mi papá que, a pesar de habernos educado con la mentalidad de otro siglo, de su siglo, nos dejó un recuerdo que hemos venido sopesando con el tiempo, con la edad, y cuya inteligencia ha estado viviendo dormida dentro de mí hasta ahora, y que comienza a despertar (“yo soy mi padre también, mi padre que ha dado la vuelta”); a mi abuelita, Graciela, el mejor ejemplo que siempre se me ocurre para nombrar la juventud, la claridad en la mente y en el habla y, en fin, la belleza en una sola persona; a mi abuelo, que logra estar presente cuando necesito una dosis de energía, pues hizo lo que muy pocos han hecho; a mi tía Sidney, quien murió sin que pudiéramos decirnos lo suficiente, y eso por culpa de ambos, por miedo de ambos; a mi tío Rodolfo, que me dio alegría cuando sólo había depresión y fue, junto con los compositores que estuvimos compartiendo casi a diario, un padre para mí en aquellos tiempos de muerte; a mis tíos Humberto y Luis, quienes durante años dieron, casi sin saberlo, una luz diferente a mi infancia; a mi bisabuelita María, quien me ayudó a reconocer por primera vez muchas de mis capacidades, y, por último, a mi hermano, Héctor, por asombrarme ya varias veces su capacidad para lograr lo que se propone.

En segundo término, a la universidad, la UNAM, la escuela que me ha dado tantas lecciones de cambio, sobre todo cuando se encuentra en situaciones tan problemáticas como las de estos últimos años. Aprovecho la oportunidad para asegurar que haré todo lo que sea necesario para que nunca se privaticé ni tampoco se empantane en la burocracia, en la oligocracia, ni menos aún en la flojera mental y los miedos de las mayorías, problemas a cual más de perjudiciales. Fue precisamente la última huelga, tan dolorosa, una de las cosas que hicieron despertar en mí el deseo de terminar este trabajo.

Agradezco, también, a aquellas otras personas que se fueron presentando y, afortunadamente, se han ido quedando:

Al espíritu de Yolanda Rodríguez Moreno, que sigue rondando los pasillos del segundo piso del edificio C de la facultad; a mis mejores amigos de la carrera, a la generación 86-90 y, sobre todo, a Adriana Solís (¡ánimo! y gracias por todas las veces que me has echado la mano) y a Polo Alamilla (a pesar de que lamento la distancia de ahora, gracias por escucharme cuando lo necesitaba). También, a Aurelio Ramírez, por la época de las primeras libertades, las primeras parrandas; a Leti y Fabiola (¿llegaré a poder comunicarme algún día con ustedes, a abrirme como se debe?). También, a los muchos profesores que, sin saberlo, me hicieron salir del breve mundo mental en que vivía y de otros momentos ingratos: Patricia Corres, Patricia Bedolla, Julián MacGregor, Sergio Meneses, el ingeniero Ángel Zapata y muchos otros.

A los profesores que, en un pasado que cada vez es más remoto, me dieron las primeras lecciones, unos en la Prepa 6, otros en la secundaria 59: Julio García Stahl, Froylán López Narváez, Rodolfo Castelán López, Flora Guzmán Castro, Margarita Pérez Poiré, y otros más que, sin recordar su nombre, contribuyeron enormemente a que mis intereses desembocaran en actividades tan productivas como ésta.

A Javier Camas, Rosa Quiroz, Piri, Edith Pacheco, Araceli Damián, Claudia Puebla, "Pancho Historia", Alfredo Román, Félix y Marlene, Andrés Hassler, Raúl Fresard, Alida, Edward, Floráγγελ. Guadalupe, Hernán Taboada, Petra, Verónica y, por supuesto, a todos aquellos que en El Colegio de México y/o en el "11 bis" de Coyoacán me ayudaron a encontrar una nueva identidad; incluyo aquí, por supuesto, un fuerte agradecimiento a los maestros de quienes aprendí mucho de lo que he venido aplicando en este y otros trabajos: Danielle Zaslavsky, Monique Legros, Benjamín Preciado, Guillermo Quartucci, Georgina Turner, ...

Por supuesto, al doctor Sánchez Sosa, quien tuvo constante fe en que este momento iba a llegar, y me ayudó una y otra vez para salvar obstáculos miles. ¡Gracias por la infinita paciencia!

Muy en especial, a Jorge A. Valenzuela Vallejo: gracias, caray, por tanta ayuda, y que la comunicación nos sirva para aclarar los malentendidos, para acercarnos.

A Angélica Ramírez Gutiérrez, por su revisión de una de las primeras versiones de esta tesis.

A todos aquellos que me ayudaron a conseguir artículos, a sacar copias, a obtener firmas, a reducir tiempos, a saldar cuentas, a aminorar gastos, etcétera. Sobre todo, a los empleados de las distintas bibliotecas, centros de cómputo y cafés Internet por donde tuve que pasar, por haber tolerado mis tiempos, mis abusos, mis olvidos, mis presiones. En especial, a Alejandro, a Sandra y a los de la Biblioteca Central.

A las secretarías y a todas aquellas otras personas que, con su constante amabilidad y trabajo, tuvieron inmejorables momentos de atenciones y paciencia: en especial, a Eva Gutiérrez, a Mari, a Rebeca y a Angélica.

También, por su asesoría en los problemas estadísticos, a Lourdes Monroy Tello y a Benito Ramírez Prado, que en diferentes momentos ayudaron a que esa parte del trabajo tuviera buen fin. Y a Sachi/Adriana y a Ernesto Ramírez, por haberme ayudado con las gráficas y problemas diversos, incluso pecuniarios.

A la Fundación UNAM, por la ayuda económica que en su momento me ofreció para terminar este trabajo.

A mis terapeutas, algunos de ellos también profesores: Selma González, Asunción Valenzuela, Carmen Cervera, Octavio de la Fuente, Patricia Romo y otros que, aunque por breve tiempo, supieron poner su escucha, prestar su oído.

Al doctor Reyes Haro Valencia y a Javier Alatorre Rico, por haber estado dispuestos a ayudarme, aunque finalmente no haya sido posible concretarlo.

A los doctores José María Calvo y Mario Shkurovich, por haber abierto para mí su espacio, por creer en mí, más incluso que yo mismo.

A los que por algún tiempo fueron mis hermanos en la logia "Acción Masónica no. 11", por haber sido, a pesar de las diferencias ideológicas, lo mejor que pude haber encontrado en ese momento para sustituir al padre que había perdido.

Muy en especial a Rishona Shiffman, por fungir, aunque sólo sea electrónicamente, como una segunda madre, una segunda madre que me invita a ser constante, a ser congruente, a ser emocionalmente saludable.

Y, sobre todo, a Carmen Flores, mi mujer, mi pareja, mi novia, mi compañera en fin durante los últimos seis años, a quien debo no sólo algunas de las ilustraciones y el diseño general de este trabajo (¡gracias por todos los consejos!), sino momentos miles de apoyo, de amorosa compañía, de artística e inteligente conversación, de experiencias intensas y animosas que han dado sentidos nuevos a la palabra *amor*.

Por supuesto, porque también merecen lo suyo:

A esa serie de olores que me han relajado con una sensación de alegría, con la impresión de "unión-familiar-de-los-domingos".

Y, también, a la eñe (sí, la letra), pues no aceptaré que dejemos nunca de *soñar*, y comencemos de otra manera a *sonar*.

Incluyo aquí una antedicatoria doble muy especial:

Nunca a Julián Salles Arévalo (1943-), gerente de traducciones en Ruiz Urquiza, S.C. y contador público ¿mexicano o norteamericano?... *gringano*, quizá, pues de mexicano sólo tienes lo que de tal le queda a esta palabra: el idem... y que conste que no tengo ni tantitas ganas de que me conste. Y a Rubén Fuentes Tovar (¿1960?-), por la peor experiencia de abuso de poder que se te pudo haber ocurrido en 1975, y para que sepan todos los que están o han estado cerca de ti el riesgo que corren.

Siento, en fin, que estoy a punto de darme a luz. Yo mismo. El asunto pudo haber terminado en aborto, sí. Pero siempre se corre el riesgo. Siempre corremos el riesgo. Todos estos años, desde que nací, mi vida estuvo girando alrededor del riesgo: el de contagiarme, el de accidentarme, el de quedar en ridículo, el de que me rechazaran, el de quedarme solo. De todos, sin embargo, es el miedo a comprometerme con algo, con alguien, el que más me ha aterrorizado, el que más me ha detenido. Así pues, les digo a todos aquellos que han pasado negras noches: "¡Insomnes del mundo, tranquilizáos, pues se trata de vivir, no de temer!" Y al creador y destructor de todas las cosas (el que transcurre a nuestro lado y adentro de nosotros aunque no lo percibamos) le digo lo que dijo William Blake, en el español de Xavier Villaurrutia: "La abeja laboriosa no tiene tiempo para la tristeza", quien también dijo: "Nunca puede ser dicha la verdad de manera que pueda ser comprendida sin ser creída."

Resumen. El propósito del presente trabajo fue realizar una evaluación exploratoria, clínica y correlacional, mediante la aplicación del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (S.E.Vi.C.), de las variables de interacción familiar y crianza probablemente asociadas a las dificultades para dormir. Participaron en el estudio un total de aproximadamente 3432 adolescentes escolares. Se efectuó una comparación estadística entre los sujetos que presentaban dichas dificultades y un grupo de sujetos que no las presentaban, a través de un análisis que permitiera reconocer niveles razonables de asociación funcional, explorando retrospectivamente factores que pueden hacer a un individuo más propenso a padecer insomnio. Se trató, en este sentido, de un estudio de tipo epidemiológico analítico. Los principales hallazgos señalan que: a) desde el punto de vista epidemiológico, los problemas para dormir parecen ser significativos en la vida de los adolescentes escolares mexicanos; también, son más frecuentes en las mujeres que en los hombres; por último, es factible suponer que un total de entre dos y tres millones de habitantes y 160 mil habitantes del Distrito Federal tienen problemas para dormir y usan pastillas para dormir o para los nervios, respectivamente; b) desde el punto de vista de la detección de los factores de riesgo, las variables de crianza más significativas para los adolescentes con dificultades para dormir fueron las vinculadas con el consumo, por parte de los padres, de sustancias adictivas ilegales (el factor de riesgo que resultó ser el de mayor peso); con el tipo de personas con quienes se criaron los adolescentes en su infancia o con el lugar en donde se criaron (en su casa con sus padres, en su casa con tutores, en un orfanato, etc.); con la presencia o ausencia de alguno de los padres o de ambos; con algunas actitudes o conductas de la madre o del padre (la expresión de sus afectos, sus discusiones, sus órdenes ofensivas); con el hecho de que la escuela les gustara o no, y con el de que los adolescentes se considerasen buenos o malos en el deporte, y c) que parece haber, en la adolescencia, una percepción diferente en cada sexo respecto a la muerte de cualquiera de los padres. Por su frecuencia creciente y por su relación con otros muchos problemas de salud, el consumo de sustancias adictivas ilegales impone la necesidad urgente de realizar intervenciones de prevención.

Abstract. This analytic epidemiological survey consisted of an exploratory, clinical and correlational assessment of the family interaction and rearing variables probably associated to sleep difficulties, by applying the Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento [Health, Lifestyle and Behavior Inventory]. A total of approximately 3432 adolescent scholars participated in this survey. A statistical comparison was established between those subjects dealing with sleep difficulties and a group of subjects without such difficulties, through an analysis useful to recognize reasonable levels of functional association, retrospectively exploring factors that would increase an individual's predisposition to insomnia. The main results suggest that: a) from an epidemiological standpoint, sleep problems seem to be significant in the life of Mexican adolescent scholars; also, as noted by other studies, sleep difficulties are more frequent in women than in men; finally, it is feasible to assume that between two and three million people and 160 thousands of people deal with sleep problems and use sleeping pills or sedatives, respectively, in Mexico City; b) from the standpoint of the detection of risk factors, the most significant rearing variables for adolescents with sleep difficulties were those related to the use of illegal addictive substances by parents (this was the most significant risk factor); the person who reared subjects during childhood and the place where subjects were reared during childhood; also, their parents' attitudes during subjects' childhood, the marital conflicts between their parents; the fact of any of the parents living or not with the subjects at the same house; the fact of any of the parents using illegal addictive substances; the fact of their mother comparing them with others in a negative way; the fact of the father giving offensive orders; the fact of the mother showing her affection; the fact of the parents fighting with each other and menacing to separate; subjects' willing or unwilling regarding scholar activities, and the fact of subjects considering themselves as good or bad at sports; c) that female and male adolescents seem to perceive the death of any of their parents in a different way, and d) from the standpoint of the need to prevent, the use of illicit addictive substances by parents seems to be the most significant risk factor regarding sleep difficulties in adolescent scholars.

A veces pienso que es posible que el más temerario de nosotros tenga algo que enseñarle al más precavido acerca del tipo de inmortalidad que proporciona el hecho de vivir plenamente cada día.

Melvin Joel Konner, antropólogo y profesor de neurología y psiquiatría estadounidense, autor de *Why the Reckless Survive, and Other Secrets of Nature* [*Por qué los imprudentes sobreviven y otros secretos de la naturaleza*], Viking, New York, 1990.

Ningún logro importante, en los terrenos del arte y la ciencia, se consigue viviendo dentro de las fronteras diseñadas para la vida política y social regular.

Edward W. Said, crítico de música y científico social estadounidense de origen palestino (Jerusalén, 1935-): artículo "Barenboim y Wagner o la furia de la mediocridad contra el talento", periódico *La Jornada*, domingo 9 de septiembre de 2001, suplemento *La Jornada de enmedio*, pp. 2a-4a, trad. Gabriela Fonseca.

He intentado (...) llegar a la verdad enlazando hechos; suprimir tanto como sea posible el uso del razonamiento, que es a menudo un instrumento poco confiable que nos engaña, a fin de seguir tanto como sea posible la llama de la observación y el experimento.

Antoine Laurent Lavoisier, químico francés (1743-1794)
(*Eric Weisstein's World of Biography*, en:
<http://scienceworld.wolfram.com/biography/Lavoisier.html>)



Cabeza de Hypnos en resina, con terminado en bronce oxidado (30.5 cm. de alto, c. 350 a.C.). Museo Británico, Londres (foto Maicar-Förlag-GML). Tiene aún un ala del lado derecho, y está ausente el ala del lado izquierdo. El original en bronce es una copia romana de un original griego de Scopas, hallado cerca de Perugia. Alguna vez formó parte de una figura completa. Tiene un aire melancólico, a pesar de la ausencia de los ojos coloridos, típicos de las estatuas de bronce de la época y es cuadrada, lo que le da un carácter masculino. Nótese la proporción dorada, típica del arte griego clásico.

INTRODUCCIÓN

1. Epidemiología

1.1 México

Se ha estimado que en México suman aproximadamente 16 millones los habitantes que tienen dificultades para dormir. Esta cifra incluye pesadillas, sonambulismo, convulsiones, exceso de sueño, dificultades para respirar e insomnio.¹ En el área metropolitana de Monterrey, una de las ciudades más grandes del país, refirió presentar insomnio el 36% de los adultos, aunque sólo en 16% éste resultó severo (Téllez, Guerrero, Gutiérrez, Niño y Silva, 1995). Se ha sugerido que el insomnio afecta a casi una tercera parte de la población urbana (Téllez, 1985). De una muestra de la población adulta entrevistada en esa ciudad, 5% dijeron que utilizaban medicamentos para dormir (1.4% de ellos frecuentemente y 3.6% a veces; 3.4% de ellos eran mujeres y 1.6% eran hombres) y 0.7%, que consumían estimulantes. De los que refirieron insomnio severo (16.4%), casi la mitad (7.5%) dijeron que lo padecen frecuentemente; 14%, que consumen hipnóticos (consumo que es más frecuente en mujeres que en hombres con insomnio) y 67.5%, que lo padecen desde hace más de un año.

1.2 Otros países

Con respecto al vecino país del norte, Bell (1979), Hauri (1981) y el Grupo de Trabajo con Insomnio del Instituto Nacional del Corazón, del Pulmón y de la Sangre (National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia, 1999) afirmaron que de 6 a 10% de los adultos estadounidenses se quejan con sus médicos de problemas de sueño o insomnio persistente, aunque la mayor parte de los pacientes no los mencionan como queja o síntoma formalmente en el consultorio. De los síntomas o trastornos relativos al dormir, el insomnio es el más común y, después del dolor, es la segunda queja más común en las clínicas u hospitales de atención primaria (Mahowald, Kader y Schenck, citados por Attarian, 2000). Bixler, Kales, Soldatos, Kales y Healey (1979) hallaron, en el área metropolitana de Los Angeles, una frecuencia de 52.1% de trastornos de sueño en general, actuales o previos, en la población adulta, y una frecuencia específica de 42.5% de insomnio, que resultó ser el trastorno de sueño más común.

¹ Véase la nota publicada en *La Jornada* (4 de junio de 1993, p. 18) acerca del Primer Congreso Nacional de la Federación de Sociedades pro Salud Mental, llevado a cabo en el Centro Médico Nacional.

A la fecha sigue habiendo una relación no evidente pero indudable entre las quejas de problemas crónicos para dormir y el uso de los servicios de atención a la salud y, aunque el aumento en el uso de tales servicios no fue notorio, la prevalencia de estos factores en la población general es alta y puede asociarse, por tanto, con una carga económica considerable para el sistema de salud (Kapur y colaboradores, 2002).

Según el informe publicado en 1984 por los Institutos Nacionales de Salud Mental de los Estados Unidos (véase Attarian, 2000), el insomnio afecta al 35% de la población general. La entrevista telefónica efectuada en Estados Unidos entre 1997 y 1998 por la Fundación Nacional de Sueño (NSF²) a 1.027 personas hace suponer que el 67% tienen algún problema con el dormir. De éstos, 43% padecen insomnio, otro tanto aseguran que roncan (ambos grupos con una frecuencia de unas cuantas noches por semana) y 15% se quejan de síntomas que concuerdan con el síndrome de las piernas inquietas (NSF, 1998). Unos años antes, en 1991, entrevistas telefónicas efectuadas conjuntamente por la NSF y la Organización Gallup en una muestra de 1000 estadounidenses encontró que aproximadamente la tercera parte tenían algún problema de sueño, que 25% tenían insomnio ocasionalmente y que en 9% la dificultad para dormir se presentaba con regularidad (Ancoli-Israel y Roth, 1999); 36% de los adultos de más de 18 años decían padecer trastornos del sueño, 27% de ellos ocasionales y 9% con regularidad y crónicos (Escobar, 1999).

Internet ha ayudado a demostrar la alta frecuencia del insomnio y de los trastornos de sueño en general: suman cientos las páginas de diferentes países destinadas a este tipo de problemas de salud, unas elaboradas por instituciones nacionales o mundiales de salud (clínicas de sueño para tratamiento, laboratorios de sueño para investigación),³ otras creadas a partir de iniciativas individuales.

² Siglas en inglés de la National Sleep Foundation.

³ Las clínicas de sueño aparecieron, al igual que la primera revista científica específicamente dedicada al sueño (*Sleep*, <http://www.journalsleep.org>) y la primera asociación dedicada a formar centros de investigación donde habrían de conjuntarse la evaluación clínica y la investigación en laboratorios (la Asociación de Centros de los Trastornos del Sueño [Association of Sleep Disorders Centers]), en la década de 1970 (Aldrich, 1999). Véase, en: <http://www.sleepfoundation.org>, <http://sleepdisorders.about.com/health/sleepdisorders>, <http://www.asda.org> y <http://www.wfsrs.org>, una lista más o menos completa de este tipo de organizaciones.

Las diversas encuestas llevadas a cabo han revelado cifras dispares: en la población adulta de Estados Unidos, entre el 49% reportado por la NSF y la Organización Gallup en una de sus encuestas (Goldberg, s.f./2001) y el 95% mencionado por Rosekind (1992) han tenido insomnio en algún momento. Por otro lado, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias (Institute of Medicine, 1979) de ese país y Erman (1987) encontraron, de manera independiente, que una tercera parte de los individuos de 18 años en adelante dicen haberlo padecido en alguna ocasión.

La misma encuesta Gallup encontró que 53% de los adultos estadounidenses con dificultades de sueño se despiertan⁴ muy a menudo a media noche, 25% tienen muy a menudo dificultades para volver a dormirse después de despertarse, y el mismo porcentaje de individuos de esa edad se despiertan muy a menudo mucho antes de lo que quisieran. En aquellos que han tenido problemas para dormir con gran frecuencia o sólo ocasionalmente, estos últimos se iniciaron 11 y 8 años atrás en promedio, respectivamente (Goldberg, s.f./2001).

Bazargan (1996) observó dificultades para dormir en más del 30% de los participantes de su estudio, una muestra de ancianos negros. Allí mismo, 14.5% de los sujetos aseguraron levantarse al menos tres veces en la noche sin tener necesidad de ir al baño, y 45.3% dijeron que se tardaban media hora o más en volver a dormirse.

En Francia, se encontró insomnio en 19% de un grupo de 12,778 adultos, y 9% dijeron que su insomnio era grave (Léger, Prévot, Thébault, Delafosse y Paillard, 1998, aplicando los criterios del DSM-IV⁵). Por otra parte, se ha visto que los trastornos de sueño son un problema de salud importante en los preescolares (de 1 mes a 4 años de edad, aproximadamente) de ese país, lo que ha generado un alto porcentaje de consumo de hipnóticos, expresado como una correlación positiva entre el consumo de dichas sustancias en las madres y en los hijos (particularmente varones), lo que confirma la presencia de un patrón familiar de consumo, que se ve influido principalmente por la madre (Pelissolo, Lecendreux y Mouren-Simeoni, 1999).

⁴ ¿El que duerme *despierta* o *se despierta*? Es importante considerar el papel de la voluntad de la persona que (se) duerme en la duración y calidad de su sueño (véase Bello y Cuervo, 1921, p. 201, y el *Diccionario esencial de la lengua española*, 1994, pp. 216, 233). Más adelante se analiza la subjetividad de quien padece insomnio crónico.

⁵ Siglas en inglés de la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*].

En un interrogatorio aplicado a principios de la década de los ochenta a más de la cuarta parte de la población de San Marino (un grupo de 5,711 personas de 3 a 94 años de edad), 13.4% de los entrevistados se quejaban de insomnio (10% de los hombres, 16.8% de las mujeres), diferencias que empezaban a notarse sólo a partir de los 45 años de edad (entre los jóvenes los porcentajes eran prácticamente iguales; véase Zimmer, 1985).

Estudiando a una muestra aleatoria de 2,202 sujetos en tres países europeos (Islandia, Suecia y Bélgica) con un cuestionario sobre perturbaciones en el dormir, Janson y colaboradores (1995) descubrieron dificultades habituales para inducir el sueño en 6-9% y despertares en las primeras horas de la mañana en 5-6% de los participantes. En otro estudio, Janson, Lindberg, Gislason, Elmasry y Boman (2001) encontraron, al aplicar dos veces (en 1984 y en 1994) un cuestionario de sueño a un grupo de 2602 hombres de 30 a 69 años de edad en Uppsala, Suecia, 10.3% y 12.8% de casos de insomnio, respectivamente).

Según Escobar (1999), cerca de 35% de la población colombiana presenta en algún momento de su vida una alteración del sueño. Este mismo autor presenta los resultados de estudios recientes en la Unión Europea, según los cuales 8-10% de la población padece insomnio crónico y la tercera parte de los niños menores de 10 años han adquirido hábitos defectuosos en el dormir.

El Ministerio de Salud y Bienestar de Japón reportó, en 1995, que 18.7% de los hombres y 20.3% de las mujeres de la consulta externa de 11 hospitales generales de ese país presentaban problemas graves de sueño, que 11.7% de los pacientes tenían insomnio persistente, durante un mes o más (Shirakawa y Takahashi, 1998), y que casi 38% usaban hipnóticos y/o ansiolíticos. Además, la vejez, el sexo femenino, el acostarse temprano y levantarse tarde, vivir solo y la insatisfacción con el ambiente de la recámara fueron algunos de los factores asociados con el insomnio persistente (Ishigooka et al., 1999).

En las áreas urbanas del archipiélago asiático, la prevalencia en el consumo de hipnóticos recetados aumenta también en las mujeres con el paso de la edad, pero quizá más del 80% de las personas con insomnio no están recibiendo tratamiento (Kageyama et al., 1998). Un amplio estudio realizado en ese país por Kayukawa y sus colegas (2000) para evaluar la frecuencia e historia de los trastornos de sueño halló una frecuencia de ronquidos habituales en 16% de los hombres y 6.5% de las mujeres de una muestra de 6445 nuevos pacientes de consulta externa.

Cabe mencionar que el consumo de hipnóticos no implica necesariamente la presencia de insomnio: 50% de los hombres y 14% de las mujeres que dijeron que consumían hipnóticos no aseguraron tener insomnio (Téllez et al., 1995).⁶ Por otra parte, el solo hecho de despertarse durante la noche no parece ser suficiente para explicar la necesidad de usar medicamentos para el sueño: se ha visto, por lo menos en personas de la tercera edad, que las dificultades para comenzar a dormir (es decir, una *latencia de sueño*⁷ prolongada) o para volver a conciliar el sueño después de haberlo perdido y un descontento general en cuanto a la calidad subjetiva del sueño permite distinguir a los que usan fármacos de los que no los usan (Englert y Linden, 1998).

A pesar de que las estadísticas del insomnio varían considerablemente en diferentes países y de que, con excepción del de Janson y su equipo (1995) en Europa, no ha habido estudios en México o en América Latina que la midan en distintas ciudades de manera simultánea y utilizando el mismo método, hay una coincidencia en los resultados: el insomnio es numéricamente significativo en las zonas urbanas, donde también se registra un mayor consumo de hipnóticos en los individuos de mayor edad (véase, en Consensus Conference, 1984, el resumen de las conferencias presentadas por un grupo amplio de investigadores de sueño, patrocinadas por los Institutos Nacionales de Salud Mental [NIMH] de los Estados Unidos y la Oficina de Aplicaciones Médicas de Investigación;⁸ también, Kageyama y colaboradores, 1998).

⁶ De hecho, los fármacos considerados hipnóticos (en realidad se trata de sustancias con propiedades principalmente ansiolíticas o sedantes o incluso inductoras de la anestesia) se utilizan para el tratamiento del insomnio no como medicamentos de primera elección, sino porque provocan, entre otros efectos secundarios, sueño o, más aún, relajación. Su aplicación como hipnóticos no tiene, entonces, un sustento tanto farmacológico como comercial (comunicación personal del doctor José María Calvo y Otálora, Instituto Nacional de Psiquiatría, mayo 2002). Compárense también las descripciones hechas por Rodríguez Carranza, 1984, pp. 166, 167, 174, 256, 364, 394, 531, 675 y 755, de las indicaciones del clordiazepóxido, el hidrato de cloral, la glutetímida, el pentobarbital, el secobarbital, el flunitrazepam, el meprobamato y la difenhidramina, con las presentadas en el *Diccionario de especialidades farmacéuticas* (Rosenstein Ster, 1998).

⁷ Véase, más adelante (nota 77), una definición de este término. A todo lo largo de este trabajo, las negritas y cursivas son de este autor.

⁸ En inglés, National Institutes of Mental Health y Office of Medical Applications of Research, respectivamente. El grupo de investigadores incluyó a: D. X. Freedman, J. S. Derryberry, D. D. Federman, J. H. Jaffe, E. A. Jenkins, T. Byram Karasu, C. J. Klett, E. S. Kohn, D. J. Kupfer, L. Lasagna, J. H. Renner, D. S. Robinson, B. L. Svarstad y H. L. Williams.

Las comunidades rurales parecerían tender, en este sentido, más hacia la salud mental. Entre la población adulta que reside en las zonas costeras al norte de Noruega, por ejemplo, el porcentaje de consumo de pastillas para dormir o de fármacos psicotrópicos se ha reducido significativamente después de un lapso de seis años, al igual que el porcentaje de personas que se quejaron de insomnio o que dijeron sentirse deprimidas o insatisfechas en la vida, independientemente de su edad y escolaridad y a pesar de las crisis económicas y productivas de la región (Olstad, Sogaard y Sexton, 1998).

En el caso de los habitantes adultos de una comunidad agrícola de la reservación india de Corrego do Meio, en la región central de Mato Grosso do Sul, en Brasil, el sueño nocturno reportado en un cuestionario individual estándar fue más prolongado y se iniciaba más temprano (al igual que la hora de levantarse) que lo que suele ocurrir en las poblaciones urbanas. Además, la tasa semanal de insomnio y la de uso de hipnóticos fueron mucho menores que en estas últimas (Reimao et al., 2000).⁹

Estudios interesados específicamente en la adolescencia y la infancia informan que, aunque las disomnias son menos frecuentes en los niños que en los adultos, muchos niños padecen de este tipo de trastornos (Mindell, citado por Carlson y Cordova, 1999). En general, se calcula que aproximadamente 25% de los niños tienen alguna perturbación en el dormir.

⁹ Revisese, en Kracke (1999) y a modo de contraste, el caso de una mujer de una comunidad amazónica que padece insomnio y cuyos sueños remiten al observador a un estado de ansiedad constante durante la infancia. En cuanto a la relación insomnio-psiopatología (que se explora aquí más adelante, en relación con los grupos de riesgo), considérense las observaciones de Davis, citadas por Luce y Segal (1966/1981) acerca de las dificultades para dormir en los habitantes de las islas Fiji y de Tahití que padecen alguna enfermedad mental.

Cásate y verás: perderás sueño, nunca dormirás.

Refrán popular.

**Aquí yaces
y yaces bien;
tú descansas
y yo también.**

Epitafio en algún panteón.



Sleep [Sueño], óleo sobre tela (66.4 x 106 cm.) (1867-1870) de Pierre Puvis de Chavannes, pintor francés (1824-1898). Réplica del original. Museo Metropolitano de Nueva York. Inspirado en el verso "Fue el tiempo del primer descanso de los cansados mortales", de *La Eneida*, poema épico del poeta romano Publio Virgilio Marón sobre la caída de Troya, era éste el cuadro favorito de su autor.

2. Los trastornos del sueño en la vida diaria: sus consecuencias¹⁰

Hoy en día, a partir de los resultados de la encuesta Gallup, las consecuencias del insomnio se consideran uno de los elementos más relevantes en el estudio de este trastorno del sueño (tanto para definirlo como para diagnosticarlo; Kaye, 1995), en vista de que con mucha frecuencia ocasiona molestias en la vida cotidiana de vigilia: gran cantidad de personas se quejan de una fuerte somnolencia en sus horas de oficina (los empleados cansados se sienten más irritables y son más propensos a dolores estomacales, y es más probable que no vayan a trabajar o que se ausenten sin avisar)¹¹ y un porcentaje notorio de estudiantes universitarios aseguran padecerla durante el día.¹² Más de la mitad de los adolescentes desean dormir más y muchos dicen estar somnolientos durante el día; la gravedad de su problema se confirma a través de mediciones de laboratorio: se observan episodios cortos de sueño al realizar tareas que requieren atención, memoria, habilidades cognoscitivas y habilidades motrices (Manber, 1993).

Lo anterior no sólo impide llevar a cabo las labores con la eficacia esperada, pues aumenta la cantidad de errores en la ejecución de tareas que requieren gran precisión y se generan déficits en la memoria, sino que dificulta las relaciones interpersonales (el insomnio de un individuo suele dar molestias, primero, a su acompañante de cama o al resto de su familia y, después, a los compañeros de trabajo) y representa uno de los factores causantes de accidentes laborales y de tránsito (Bonnet y Arand, 1995c; Castaño et al., 1995; Corsi, Aguilar, Salín, Baker y Valencia, 1995; Elshaug, Reid y Dawson, 1998; Goldberg, s.f./2001; Ohayon, Caulet, Philip, Guilleminault y Priest, 1997; Rosas, 2000, febrero 8; Rosekind, 1992; Roth y Ancoli-Israel, 1999).¹³

¹⁰ Los datos estadísticos presentados de aquí en adelante corresponden, salvo donde se indica lo contrario, a los Estados Unidos o a trabajos de autores de ese país.

¹¹ Tanto los operadores de redes de turnos nocturnos como los técnicos que trabajan muchas horas extra para afrontar casos de emergencia y los ejecutivos que viajan constantemente de uno a otro husos horarios del mundo tienen más probabilidades de padecer privación de sueño por razones laborales (véase "Fighting off sleep at the office" ["Cómo combatir el sueño en la oficina"], nota de Mel Mandell publicada el 9 de abril de 1999 en la página de CNN (<http://www.cnn.com/TECH/computing/9904/09/sleep.ent.idg/>).

¹² En general, la somnolencia diurna y la matutina son mucho más comunes que a otras horas.

¹³ La somnolencia fue un factor determinante en accidentes tan graves como el de la planta nuclear de Chernobyl y el del transbordador Challenger (A. Jiménez Genchi, comunicación personal, septiembre 21, 2001). Según los datos publicados en 1994 por la Administración Nacional de Seguridad en el Tráfico en Carreteras [National Highway Traffic Safety Administration] (NHTSA), la somnolencia o la fatiga al manejar (*drowsy driving*, en inglés) era, hasta ese momento, la causa principal de al menos 100,000 de los accidentes reportados anualmente por la policía y explicaba la muerte de 1,500 personas y los daños o heridas de otras 71,000 (<http://www.sleepfoundation.org/publications/tecnsleep.html>), y en más de la mitad de los accidentes con esta

A semejanza de lo producido por la ingestión excesiva de alcohol, un periodo de 19 horas sin dormir suele afectar notablemente el tiempo de reacción, la precisión, la coordinación motriz y la capacidad de atención de quien conduce un automóvil.¹⁴ Debido a la importancia estadística del descanso insuficiente como causa de los accidentes automovilísticos,¹⁵ científicos japoneses han explorado la posibilidad de detectar sistemáticamente, a través de dispositivos computarizados, las señales de cansancio reflejadas en cambios sutiles en la voz de las personas (tan sutiles que sólo puede percibirlos un programa de cómputo, diseñado específicamente para ese fin).¹⁶

inglés) la persona al volante resultó ser un joven de 25 años o menos.

¹⁴ En los animales, la privación de sueño o el estrés inducen un rebote de sueño paradójico, cuya duración puede duplicarse. En el ser humano, una privación de sueño reduce el tiempo de sueño de ondas lentas para extender la del sueño paradójico. Según Raymond Cespuglio, director del laboratorio de neurobiología del sueño y la vigilia del Instituto Nacional de Salud y de Investigación Médica [Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale] (INSERM), en Lyon, Francia, el sueño paradójico "preside la homeostasis del cerebro" (Chambon, 2000). Más adelante se dan las definiciones y características principales de estas etapas del dormir.

¹⁵ En México, los accidentes automovilísticos han visto disminuida su frecuencia en las dos últimas décadas: antes eran la primera causa de mortalidad y ahora ocupan el cuarto lugar (36.7% de los afectados pierden la vida). Por lo demás, la mayoría ocurren en temporada vacacional y causan la muerte, cada año, de más de 35 mil personas en el país (información proporcionada por la Secretaría de Salud [Ssa]; véase nota de Gómez, Castillo y Notimex, 2002). La vía pública es el sitio donde ocurren más frecuentemente y es donde es más probable que sean mortales (Gómez, 2001, julio 9). Los accidentes de tránsito no ocurren al azar, sino en las horas de mayor propensión a dormir: en la mañana o a media tarde (A. Jiménez Genchi, comunicación personal, septiembre 21, 2001). Según datos de la Ssa y de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (Gómez, Castillo y Notimex, 2002), 90% de los accidentes automovilísticos pueden prevenirse, sobre todo en carretera, pues 80% se deben a "irresponsabilidad del conductor y un menor porcentaje tiene su origen en agentes naturales -como la lluvia-, fallas del vehículo, malas condiciones de los caminos y a la presencia o cruce de ganado, (...) imprudencia o negligencia, falta de mantenimiento del vehículo, no programación de las actividades vacacionales, apatía y exceso de confianza de las personas." Aunque no de manera explícita, estos números (semejantes a los de otros países) hablan no sólo del alto peso estadístico de las dificultades para descansar o de uno o más trastornos de sueño en los percances mencionados: también son un índice de lo irracional de las conductas humanas que, basadas o no en tales números, se alejan constantemente de toda lógica. Véase, en la discusión de este trabajo, un resumen de las observaciones de Cole (1998/1999) y de Wilde (1994) respecto a la psicología del cálculo humano del riesgo.

¹⁶ Kakuichi Shiomi, del Instituto de Investigación y Navegación Electrónica [Electronic Navigation and Research Institute] (ENRI). Información de las revistas *News Scientist* y *Occupational and Environmental Medicine* publicada por la agencia Reuters en *La Jornada* (26 de diciembre de 2000, suplemento Lunes en la ciencia, p. IV, sección Panorama).

Se han descubierto, igualmente, alteraciones significativas en los patrones poligráficos (PSG)¹⁷ y en el **funcionamiento cognoscitivo** (los que tienen insomnio crónico necesitan más repeticiones para aprender los reactivos de la Prueba de Recuerdo Selectivo, por ejemplo) y emocional (Spiegel et al., 1998; Szelenberger y Niemcewicz, 2000).

También se ha encontrado, aplicando la Prueba de Latencia Múltiple de Sueño (MSLT¹⁸), de pupilometría y de somnolencia a individuos con insomnio psicofisiológico crónico y a individuos sin insomnio, que la somnolencia no es mayor durante el día en los primeros (incluidos aquellos cuyo síntoma no se confirma en el PSG) que en los segundos, que las latencias MSLT son mayores en los primeros y que las fluctuaciones rutinarias en el sueño afectan poco la somnolencia diurna de ambos (Lichstein, Wilson, Noe, Aguillard y Bellur, 1994).

La somnolencia,¹⁹ un “estado de conciencia que (...) representa una disminución en el nivel de vigilancia, y una propensión al sueño” (generado por variables como la monotonía, el calor moderado, la restricción de los movimientos y la sensación de que se está esperando algo que aún no puede ocurrir) llega a provocar trastornos en la salud, principalmente fatiga física y “mental”, angustia (la creciente insatisfacción por no poder descansar puede generar un círculo vicioso angustia-insomnio-angustia) e irritación, principalmente cuando el trastorno de sueño tiene visos de volverse crónico (Aldrich, 1999; Corsi et al., 1995; Oswald, 2001; Rosekind, 1992).²⁰

¹⁷ En el ámbito de los estudios de sueño, el *registro polisomnográfico* (o *registro poligráfico* o *poligrafía* o *polisomnograma* o *polisomnografía*) se define como el “registro simultáneo de varios fenómenos fisiológicos” (las variaciones en el ritmo cardíaco, las de los movimientos respiratorios) y es, por ello, más amplio que el electroencefalograma (EEG). Véase el glosario presentado en la antología de Blanc (1988) y las definiciones de *poligrafo* y de *electroencefalograma* (este último como el “registro de los cambios e impulsos eléctricos en el cerebro”) en el *New International Webster's Comprehensive Dictionary* (1998, pp. 407, 979). A lo largo de este trabajo se prefirió el uso de “PSG” y no, como es común en la bibliografía del área de la salud, el de EEG.

¹⁸ *Multiple Sleep Latency Test*, en inglés. Prueba diagnóstica que consta de una serie de cuatro o cinco oportunidades, cada una separada por un intervalo de dos horas, para tomar una siesta de 15 a 20 minutos. Se utiliza para evaluar la latencia del sueño y la posibilidad de trastornos como la apnea obstructiva de sueño y la narcolepsia. En el insomnio primario, los datos así obtenidos suelen ser normales (Attarian, 2000).

¹⁹ Su presencia no es señal innegable de insomnio. Véanse, más adelante, las definiciones respectivas.

²⁰ El insomnio y la somnolencia excesiva diurna son, en realidad, los dos trastornos más frecuentes de los aproximadamente 100 que se conocen (Rosas, 2000, febrero 8).

La persona somnolienta puede incluso perder el control sobre sí misma.²¹ Quizá el insomnio (la insuficiencia en el dormir) no es allí el trastorno de base, sino la somnolencia misma.

El insomnio puede contribuir a aumentar el riesgo de desarrollar una cardiopatía (Goldberg, s.f./2001; Mallon, Broman y Hetta, 2002), y estadísticamente se asocia también a enfermedades respiratorias, gastrointestinales, renales y musculoesqueléticas (Escobar, 1999). A largo plazo, es posible que aumente la probabilidad de morir en individuos que padecen insomnio crónico (más incluso que en quienes padecen hipertensión o tabaquismo²²) o en quienes consumen hipnóticos con gran frecuencia, si bien no se ha demostrado aún que haya una relación causal directa entre un déficit de sueño y/o el consumo de hipnóticos, por un lado, y la mortalidad, por el otro (Télez et al., 1995). En cuanto al cáncer, si bien Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber y Marler (2002) vieron, en su muestra de mujeres y hombres de 30 a 102 años de edad, que el riesgo de mortalidad fue mayor en aquellos que dormían más de 8.5 horas o menos de 3.5-4.5 horas por noche, no está demostrado que dormir menos de cierto número de horas genere la aparición de cáncer: sólo están en riesgo aquellos que tienen alguna otra enfermedad; además, la mayor sobrevivencia al cáncer se dio, en su estudio, entre los que padecían insomnio o en los que dormían 7 horas por noche.

Ford y Kamerow (1989) hallaron, después de entrevistar dos veces a los mismos sujetos, una mayor probabilidad de que se desarrollara un nuevo período de depresión intensa entre quienes seguían padeciendo insomnio en la segunda entrevista (39.8%), comparados con aquellos que ya no lo presentaban (1.6%). Por otra parte, los puntajes en una escala para medir las tendencias suicidas en individuos con depresión mayor resultaron mucho mayores en aquellos que tenían insomnio o hipersomnio que en los que no tenían ninguna perturbación en su dormir (Agargun, Kara y Solmaz, 1997).

²¹ La somnolencia, que puede considerarse tanto un estado fisiológico (un estado del sistema nervioso central determinado por la necesidad de sueño) como una condición subjetiva (conjunto de sensaciones, emociones e ideas que acompañan la necesidad de dormir), no siempre acompaña a la privación de sueño, y puede ser condicionada a situaciones y estímulos, incluso a aquellos que no deben estar relacionados con el dormir (como acostumbrarse a manejar con sueño). Además, la somnolencia también presenta, en su funcionamiento, un ritmo circadiano (Aldrich, 1999).

²² Videokonferencia del doctor Alejandro Jiménez Genchi, Clínica de Sueño, Instituto Nacional de Psiquiatría, septiembre 21, 2001.

Aun así, los individuos con insomnio muestran un rendimiento menor en algunas tareas experimentales, pero no en otras: la diferencia parece deberse al tipo de pruebas utilizadas. Se trata, en el primer caso, de experimentos en los que la excitación excesiva disminuye considerablemente la constancia en las respuestas o bloquea algunas asociaciones mentales del individuo. En el segundo caso, el rendimiento no se ve afectado cuando se hace uso de pruebas sensibles a la pérdida de sueño. Parece que inadvertidamente se están midiendo, a la vez, la necesidad de sueño y la hiperexcitación (Bonnet y Arand, 1995a). Esto debe tenerse en cuenta al analizar las consecuencias de las dificultades para dormir y, sobre todo, al buscar sus posibles causas.

Las implicaciones de los trastornos de sueño no son tan sólo de índole emocional y fisiológica: 45% de los trabajadores del sector privado en Estados Unidos presentan insomnio, y 65% se quejan de fatiga (San Luis, 1993), y estos problemas de salud, inicialmente individuales, repercutirán luego en el ámbito de la economía social.

Un cálculo de los costos directos (atención médica y autotratamiento) del insomnio en Estados Unidos dio una cifra de 10.9 mil millones de dólares en 1990. Ese mismo año, los consumidores de productos que sirven para promover el sueño gastaron en éstos aproximadamente mil cien millones de dólares (Goldberg, s.f./2001). Por otra parte, es indudable que los estudios de sueño son costosos: de 500 a 1,500 dólares (Dahl, 1992).²³

Se calcula que los costos directos totales para lidiar con el insomnio fueron de 13,900 millones de dólares, y los costos totales anuales se han valuado entre 92.5 y 107.5 miles de millones de dólares, montos que incluyen, además del costo del tratamiento médico y los fármacos, la reducción en la productividad, el aumento en el ausentismo laboral, los accidentes, la hospitalización, el aumento en morbilidad y mortalidad, la depresión por insomnio y el aumento en el consumo de alcohol (Stoller, 1994). Para 1999, el costo total de sustancias usadas en ese país para tratar el insomnio fue de 1,970 millones de dólares, y menos de la mitad de ellas fueron medicamentos recetados. El costo total de los servicios de salud para el insomnio fue, ese año, de 11,960 millones de dólares, 91% de lo cual corresponde a servicios de enfermería a domicilio (Walsh y Engelhardt, 1999).

²³ En México se han estado gastando, en los últimos años, 7 millones de pesos anuales en el tratamiento de padecimientos relacionados con el estrés (entre otros, el síndrome del intestino irritable y el insomnio). En el futuro, es posible que lleguen a gastarse 15 millones de pesos por el mismo concepto (doctor Silva Gerzso, presentación de la Clínica Antiestrés "Serenitá" del Centro Médico Dalinde, dirigida por el psiquiatra Alfredo Montaño Ortiz; México, D.F., 28 de febrero de 2002).

El rendimiento máximo de un trabajador depende en gran medida de la distribución de sus horarios de sueño durante periodos prolongados de sus actividades (Bonnet y Arand, 1995b). Considerando que en quienes laboran en horarios irregulares se observa una desincronización entre los ritmos biológicos y que, en vez de seguir vinculados entre sí conforme a un orden temporal estricto, como ocurre en condiciones naturales, tales ritmos se desacoplan (generándose cambios notables en los patrones de secreción endógena de melatonina, por ejemplo, que tienen consecuencias en la duración, la calidad subjetiva y la propensión de los individuos al sueño), puede decirse que están perfectamente justificadas las estrategias que, aun sin estar al tanto de tales consideraciones, ha comenzado a aplicar, en los años más recientes y con el propósito de incrementar la productividad, el sector empresarial. Estas estrategias fueron ideadas originalmente por los científicos para aconsejar a los patrones y ayudarlos, así, a resolver situaciones problemáticas vinculadas con el rendimiento:

- a) es preferible escoger, en lo que respecta a los turnos nocturnos, personas jóvenes (suelen adaptarse mejor a esos horarios);
- b) sustituir, en turnos rotatorios, de preferencia los horarios de la noche por horarios matutinos, y no al revés;
- c) es más conveniente que los empleados nocturnos no hagan otra actividad durante el día sino descansar (seguir el mismo horario de sueño, incluso en vacaciones);
- d) sustituir, en lo posible, los turnos habituales de 5 días y 8 horas diarias por horarios de 4 o 3 días y 10 o 12 horas diarias (lo que incrementa la posibilidad de conciliar el sueño);
- e) en caso de que deban seguir trabajando hasta mucho más tarde, deberá recomendárseles que no manejen al salir (conseguirles otro transporte, si ya no hay transporte público);
- f) mantener una temperatura fresca en la oficina, de preferencia con mucha luz;
- g) si los empleados se notan decaídos, exhortarlos a que hagan un poco de ejercicio allí mismo, para que se mantengan en estado de alerta (en algunas oficinas se han creado rutinas de trote durante descansos de cinco a 10 minutos);

- h) si trabajan hasta tarde, evitar los alimentos de difícil digestión, como las carnes rojas;
- i) incluir la posibilidad de que los empleados tomen una siesta en un cuarto diseñado especialmente (con iluminación baja y sillas reclinables o butacas, sin camas;²⁴ son mejores las siestas breves, de 15 a 20 minutos, para evitar que despierten con sensación de pereza).

Todo esto busca no sólo un ahorro en los tiempos sino, sobre todo, en el rendimiento y la productividad de los negocios.²⁵

En Francia, el consumo de hipnóticos es mucho mayor que en otros países europeos, y el costo directo total del insomnio (que incluye el costo de medicamentos para problemas del sueño, los registros de sueño y la atención y tratamiento de pacientes de ese tipo en consulta externa, con médicos generales o con especialistas del sueño) fue, en 1995, de más de 2 millones de dólares, aproximadamente (Léger, Levy y Paillard, 1999).

²⁴ Según la nota citada de Mel Mandell (aparecida también en Rosas, 2000, febrero 8), un cuarto de esta clase con seis sillas, separadas por cortinas y con teléfonos especiales que vibran en vez de sonar, costaba en 1999, en Estados Unidos, entre 5 y 10 mil dólares. Mandell menciona el caso de una empresa ferroviaria que por esos mismos días educaba a sus empleados respecto a la privación de sueño: al detenerse los trenes, los empleados pueden tomar una siesta siempre y cuando uno de ellos permanezca despierto; en cuanto a los encargados del mantenimiento, pueden hacerlo en sus vehículos durante los descansos. Al parecer, la política está aplicándose gradualmente, considerando el enorme cambio cultural implícito. ¿Cuánto tiempo falta para que deje de considerarse ciencia ficción la posibilidad de que cualquier persona visite, en una de las cada vez más numerosas plazas comerciales que hay actualmente en toda ciudad grande y por un precio no difícilmente accesible, un "local de sueño" donde, de ser necesario, pueda recuperar, así sea por sólo un cuarto de hora, el descanso que ha perdido o el que le cuesta trabajo obtener, y donde acaso pueda recibir también un diagnóstico respecto a dicha dificultad? ¿Podrá decirse entonces que se consiguió un avance en la ciencia y la tecnología o, por el contrario, que las sociedades industrializadas han refinado sus sistemas laborales a tal punto que vuelven ese tipo de negocios necesarios?

²⁵ Recomendaciones del doctor Martin Moore-Ede, fundador y director ejecutivo de Circadian Technologies, compañía consultora con oficinas en Cambridge, Massachusetts; véase más arriba la nota periodística citada de Mel Mandell.

La aplicación de la Escala Cognoscitiva del Estudio de Resultados Médicos [Medical Outcomes Study Cognitive Scale], de la Escala de Depresión de Zung [Zung Depression Scale], de la Escala de Ansiedad de Zung [Zung Anxiety Scale], del Inventario de Calidad de Vida [QoL Inventory], del Inventario de Actividades Cotidianas y Laborales [Work and Daily Activities Inventory] y del cuestionario SF-36 [SF-36 Questionnaire]²⁶ encontró, en el estudio realizado por Zammit, Weiner, Damato, Sillup y McMillan (1999), que los que padecen insomnio crónico tienen, comparados con personas que no se quejan de este problema de salud, un deterioro significativo en su calidad de vida, y que dicho deterioro no es diferente en aquellos que están recibiendo tratamiento para resolverlo.

Finalmente, Katz y McHorney (2002) encontraron reducciones globales significativas en la calidad de vida de pacientes con insomnio, es decir, el insomnio resultó estar relacionado con un nivel bajo en su calidad de vida: fue grave en 16% de pacientes con 1-5 condiciones orgánicas y psiquiátricas crónicas, y leve en 34%, casi en la misma medida que condiciones crónicas como la depresión clínica y la falla cardíaca congestiva.

²⁶ Los nombres españoles que aquí y más adelante aparecen para cada prueba son los equivalentes propuestos por este autor, y no aquéllos con los que se conocen oficial o comercialmente en países hispanohablantes.

Para generar un concepto se necesita una palabra.
Para describir un fenómeno se necesita un concepto.
Los tres reflejan una y la misma realidad.

Antoine Laurent Lavoisier (químico francés, 1743-1794): *Traité Élémentaire de Chimie, présenté dans un ordre nouveau et d'après les découvertes modernes* [Tratado elemental de química, presentado en un nuevo orden y según los más modernos descubrimientos], Paris. Chez Cuchet, 1789, citado en *Pandora's Word Box* (1994, 1997; <http://members.aol.com/genfir1/intro.htm>)



"Pero el dios más alto (Zeus), poderoso con su rayo, envió a Hypnos y a Thanatos desde el nevado Olimpo hasta el intrépido luchador Sarpedón [para que llevaran su cuerpo a enterrar]": lírica griega IV *Bacchylides*, fragmento 20E, c. siglo V a.C. Hypnos, Hermes y Thanatos acompañando el cuerpo de Sarpedón, gigante cretense, hijo de Poseidón, muerto por Heracles (Hércules) a flechazos. Cerámica griega pintada sobre una vasija ateniense, c. 510 a.C. Colección del Museo Metropolitano de Nueva York.

3. Terminología: ¿qué es insomnio y qué no lo es?

3.1 Etimología y subjetividad

Con objeto de dar contexto al presente trabajo, es conveniente encontrar una definición relativamente tipificada del objeto de interés (Kayed, 1995). Corominas (1976) clasifica como cultismos los términos *insomnio* e *insomne*,²⁷ y dice que se derivan del latín *insomnis* que, a su vez, surgió de la combinación de *in*, prefijo privativo, y *somnus*, sueño, acto de dormir. Agustín Blánquez Fraile (1946) cita autores diversos del siglo II a.C. al siglo V d.C. que en sus obras, ya de poesía (Cecilio Stacio, Publio Ovidio Nasón, Quinto Horacio Flaco), ya de medicina (Teodoro Prisciano), de gramática (Nonio Marcelo) o de retórica, hacen uso de los sustantivos *insomnia*, *insomnitas* e *insomnietas* ("insomnio, falta o privación de sueño") y de los adjetivos *insomnis* ("insomne, desvelado, que no duerme, privado de sueño") e *insomniosus* ("privado del sueño, que padece insomnio") y llegan aun a distinguir el soñar con el sustantivo *insomnium* ("sueño, ensueño, acción de soñar").

²⁷ En este trabajo no se utilizó este término como sustantivo, sino sólo como adjetivo, y lo menos posible, con objeto de evitar la posible calificación de las personas por el tipo de problema de salud que padecen.

Según parece, el sustantivo inglés *insomnia* y el adjetivo castellano *insomne* comenzaron a aplicarse, respectivamente, en los siglos XVII y XVIII. En inglés, *insomnia* tiene las mismas raíces que en el español, y su primera aparición en un medio impreso se remonta, según Little (1968), al año 1758. Martín Alonso (1988) afirma que fue Leandro Fernández de Moratín uno de los primeros autores de habla hispana en utilizarlo. En realidad *insomnio* hace referencia, al igual que muchos equivalentes suyos,²⁸ a la imposibilidad de dormir lo suficiente, y no a la ausencia total de sueño de la que parece hablar el origen de esta palabra. En otras palabras, no existe una ausencia total de sueño: de nadie se ha sabido, hasta ahora, que pueda vivir sin dormir en absoluto: sólo de los casos muy raros, extremos, de quienes precisan tan sólo una siesta de 15 minutos por día para reponerse del cansancio de la jornada, pero son verdaderas excepciones (Lavie, 1996/1997; Zimmer, 1985).²⁹

²⁸ En inglés, francés, italiano y, como tecnicismo, también en alemán, danés, holandés, portugués y en otras lenguas, se usan en este sentido palabras cuya etimología se asemeja a la del español (*insomnie* en francés y en alemán, *insonnia* en italiano, *insônia* en portugués e *insomnia* en las otras mencionadas). Y, aunque sea lejanamente, a través del inglés antiguo y el sánscrito, se emparentan el vocablo español *insomnio* y sus equivalentes populares en alemán (*Schlaflosigkeit*), holandés (*slapeloosheid*) y danés (*søvnløshed*). Véase para ello el *Multilingual Glossary of Technical and Popular Medical Terms in Nine European Languages*, proyecto asignado por la Comisión Europea al Instituto Heymans de Farmacología de la Universidad de Gent, Bélgica, y al Departamento de Lingüística Aplicada del Colegio de Idiomas Mercator [Mercator Language College], también en Gent, Bélgica, en la página web: <http://allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/multipic.gif>. Alexander Borbély dedica una sección breve de su libro (1984/1993) a repasar la historia del término *sueño* en la evolución de las lenguas indoeuropeas y no indoeuropeas, e incluye observaciones interesantes que son de utilidad para cualquier trabajo relacionado con el dormir. Asimismo, en su compilación de términos tanto de la mitología clásica como de la biología, de la genética como de las fábulas, la página *Pandora's Word Box: Nature and Sense in Words: Mythology and Etymology; Notes, Comments and Reflections* (<http://members.aol.com/genfir1/intro.htm>) rastrea el inglés *dream*, equivalente de *soñar*, hasta encontrar la semejanza de éste con *dormir*: en lenguas antiguas como el antiguo sajón y el sánscrito había una sola palabra (*dremati* y *drayaty*, respectivamente) para ambas acciones; también allí se vincula el origen del inglés *insomnia* con el miedo inmemorial de la humanidad a la noche, a las pesadillas, al olvido, a la muerte, a los demonios, en fin, que acuden a la persona durmiente con objeto de tener relaciones sexuales con ella. Hipno o Hypnos (*sueño*, en griego; Somnus, en Roma), "representado en la Antigüedad como un adolescente con dos alas en las sienes como las de las aves nocturnas (símbolo del vuelo silencioso que escapa a la percepción del durmiente)", hijo de Nicté o Nix (la Noche), sin padre y hermano gemelo de Tánatos (la Muerte) (Falcón Martínez, Fernández-Galiano y López Melero, 1989), vivía en el submundo y nunca veía el Sol pero, a diferencia de su hermano, se presentaba suavemente y era gentil con los hombres; era la personificación del sueño, el cual inducía al tocar con una rama la frente de los cansados o vertiendo en ellos un líquido que provocaba el sueño (Hornblower y Spawforth, 1996).

²⁹ Michel Jouvet informó hace ya varios años acerca del caso de un niño que, descendiente de una familia con insomnio familiar fatal, murió muy pequeño al no haber podido dormir prácticamente en ningún momento (J. M. Calvo, comunicación personal, 29 de abril de 2002). William Dement informó, en 1979, de un estudiante universitario joven que logró batir el Record Guinness, al dejar de dormir durante 11 horas. En el extremo opuesto, se sabe de personas que, sólo después de haber sido privadas del sueño habitual, llegan a dormir hasta 16 horas de sueño ininterrumpido.

Debe aclararse que insomnio no es simplemente "la condición de no poder dormir" o la "habitual incapacidad de dormir", como suele definirse, para fines únicamente didácticos, el antónimo de *sueño* en los diccionarios (*Longman Dictionary*, 1995; Procter, Ilson, Ayto y Walsh, 1978).³⁰ En un artículo publicado en 1992, Rosekind ejemplificó las modificaciones que se fueron dando, con el tiempo, en la definición del insomnio. Bootzin y Nicasio lo entendían, en 1978, como la "incapacidad crónica para obtener un sueño adecuado, ya sea debido a un inicio retrasado del sueño, a la ocurrencia frecuente de despertares y/o a que la persona se despierta antes de lo planeado." En 1979, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos lo consideraba simplemente un "sueño insatisfactorio", y diez años después, en 1989, Zorick lo definió como "la percepción que tienen los pacientes de que su sueño no es el adecuado o de que no es normal."

³⁰ He aquí las definiciones que de *insomnio*, *insomne* y de algunos de los términos sinónimos aparecen en algunos de los diccionarios más importantes de lengua general. En primer lugar, respecto al *insomnio*: 1) "Incapacidad para dormir. Vigilia anormal." (Dorland, 1974/1986; Simpson y Weiner, 1989; véase también el *Diccionario del español usual en México*, cedido por Luis Fernando Lara Ramos y El Colegio de México a la página de la Biblioteca Central de la UNAM: <http://www.dgbiblio.unam.mx/central/bibcen.html>); 2) "Desvelo. Falta de sueño cuando corresponde tenerlo. Pervigilio." (Moliner, 1988); 3) "Dificultad para conciliar o proseguir el sueño." (*Diccionario esencial de la lengua española*, 1994); 4) "Falta o ausencia de sueño (desvelo, vigilia)." (*Gran diccionario de la lengua española*, 1996, p. 927), 5) "Ausencia anormal de sueño." (Seco, Andrés y Ramos, 1999), 6) "Es la queja de sueño inadecuado." (Czeisler y Richardson, 1998/1998), 7) "Desvelo. Vigilia. Vela. Velación. Vigilancia. Trasnocuada. Nerviosidad." (Alboukrek y Fuentes, 2000), y 8) "Falta de sueño; incapacidad para dormir en ausencia de impedimentos externos como el ruido, una luz brillante, etcétera, en el periodo en el que el sueño debería presentarse normalmente." (*Diccionario Bilingüe Stedman*, 1999). En cuanto a *insomne*: 1) "Desvelado. Falto de sueño; se dice del que no puede dormirse en cierto momento." (Moliner, 1988). *Desvelar(se)* es "impedir dormir a alguien una cosa; por ejemplo, una preocupación o el efecto del café; despabilar, espabilar, quitar o perder el sueño; velar" y, también, "afanarse, desvivirse o esforzarse; dedicar alguien mucha atención, cuidados o esfuerzo al bienestar de otros o a que cierta cosa marche debidamente." *Desvelos* son los "esfuerzos, cuidados, etcétera, que alguien dedica a otra persona o a cierta cosa." En su diccionario (Real Academia Española, 1984), la Real Academia Española define *despertar* como "poner gran cuidado y atención en lo que uno tiene a su cargo o desea hacer o conseguir", y es quizá por eso, al menos en parte, por lo que pone más atención al sinónimo *vigilia* (muy emparentado en latín con los *despertares* y con el *desvelo*: *dis* y *evigilare*, despertar). La lectura de las distintas acepciones ayuda a entender las razones: amén de la "falta de sueño o dificultad de dormirse, ocasionada por una enfermedad o un cuidado", que aquí interesa, existe la "acción de estar despierto o en vela", el "trabajo intelectual, especialmente el que se ejecuta de noche", la "obra producida de este modo", "cada una de las partes en que se divide la noche para el servicio militar", "el día que antecede a cualquier cosa y en cierto modo la ocasiona"; y, seguramente a través de esta última, las acepciones relacionadas con el ámbito eclesástico: "víspera de una festividad de la Iglesia", "oficio que se reza en la víspera de ciertas festividades", "oficio de difuntos que se reza o canta en la iglesia" y, por último, "comida con abstinencia de carne (comer pescado, legumbres, etcétera)". Puede entonces verse: primero, que no es tan breve, al menos en el lenguaje coloquial (mucho más rico siempre que el técnico y científico), la lista de sinónimos de este término (véase la nota del traductor J. Ros al libro de Lavie, 1996/1997, p. 9) y, sobre todo, otra de las caras de las conductas de dormir y no dormir: la importancia concedida en la historia de la civilización humana a las horas nocturnas, sea por el miedo que siempre han generado o por las actividades que, a consecuencia de esa sensación, ha desarrollado cada cultura (los rezos y festividades religiosos, tan diversos como cada grupo humano).

Lader (1983) lo concibió como la incapacidad crónica para obtener la cantidad y la calidad de sueño necesarias para un funcionamiento diurno eficaz. Por su parte, Mendelson, Gillin y Wyatt (1977) y Monane (1992) afirmaron (véase también Olders, citado en Engel, 2000, octubre 31) que hablar de insomnio implica un malentendido muy generalizado (incluso entre los especialistas de la salud; véase Rojas, 2000, diciembre 13), pues se trata de un **síntoma** y no de un signo, es decir, de una **queja subjetiva** y no de una enfermedad o un diagnóstico: *insomnio* implica la **sensación**³¹ de una persona de que no puede dormir (al acostarse o en algún otro momento durante la noche) o de que duerme sin lograr descansar (Erman, 1987; Hopson, 1986). Debe recordarse la discordancia que se observa **constantemente** entre la apreciación subjetiva del paciente y los datos objetivos obtenidos con ayuda de la PSG (Diefenbach, Waters y Hurry, 1998; San Luis, 1993; Schneider-Helmert y Kumar, 1995).³²

A diferencia del DSM-III (American Psychiatric Association [APA], 1980/1984), para el cual insomnio es la "dificultad para conciliar o mantener el sueño", el DSM-IV (Pichot, 1994/1995) lo define, en su glosario, como aquellas "quejas subjetivas relacionadas con una dificultad para conciliar el sueño o para seguir durmiendo o con una mala calidad del sueño" y lo considera tanto un trastorno primario como un síntoma secundario a un trastorno médico o psiquiátrico (Aldrich, 1999; APA, 1994; Stepanski, 1993).

³¹ La subjetividad de los problemas de salud es elemento fundamental en la evaluación de la verificabilidad de éstos y otros problemas (Baer y Schwartz, 1991). La importancia de esta característica para el insomnio está en el centro del interés de artículos como el de Stepanski y sus colaboradores (1989), donde se observó que la diferencia más importante entre aquellas personas que buscan tratamiento para un insomnio crónico y las que no lo hacen no radica en los parámetros de su sueño, sino en los datos obtenidos de las mediciones psicométricas y en su estado de alerta diurna.

³² Si bien puede compararse el insomnio con la temperatura corporal por el hecho de que lo verdaderamente importante es la percepción individual, no parece acertada la observación que al respecto hace Parker (1994/1998): aunque es cierto que "el grado de insomnio depende claramente de la definición de grado, la cronicidad, el sexo y la edad del sujeto", el insomnio es, a diferencia de aquélla, una condición negativa *per se*. Será de gran utilidad, para aclarar estas y otras dudas, el glosario de términos del dormir y sus trastornos que está preparando el autor de este trabajo.

Estamos atorados en la chacota.

Enrique Galván Ochoa (columna Dinero,
Periódico *La Jornada*, miércoles 24 de octubre de 2001,
p. 41, sección Economía.)

Decían antaño los viejos, para que no siempre anduviéramos llorando, para que no siempre anduviéramos tristes, nos dio el Señor la risa, el sueño, nuestra fuerza y nuestro brío, y aquel dulce placer de la carne con el que se propagan los hombres. Todo esto alivia la vida en la tierra, para que no andemos llorando. (...) Hijita mía, pequeñita mía, tortolita mía, se dice que la vida es lugar de conflictos, de espantos, de temores. (...) Aquí están tus deberes: Todo día y toda noche, da culto a los dioses. Suspira muchas veces al que es Noche y Viento. Ruégale, clama a Él, tiende hacia Él tus manos; especialmente cuando te levantas, cuando te acuestas; y no hagas del sueño tus delicias. Mantente despierta y echa un salto de la cama cuando media la noche; con tus codos, con tus rodillas recorre el suelo; alza hacia el dios tu cuello y tu cabeza. Clama, eleva tu voz al que es nuestro dueño, al que es Noche y Viento. Él se place en oírte de noche y gusta de hacer mercedes, y es entonces cuando alcanzan sus dones aquellos que los merecen. (...) Y durante la noche mantente en vela. Levántate presto, extiende tus manos, desesperázate. Lava tu cara, lava tus manos, lava tu boca. Toma presto la escoba y ponte a barrer. No des gusto a la cama; no te sientas a gusto en tu calor, sino que debes tomar previamente el incensario: no lo omítas. Con él se obtienen dones, se logra la piedad de nuestro Señor.

Consejos de un rey indígena a su hija cuando ésta había llegado a la edad "de la discreción". De Ángel María Garibay K.. *La literatura de los aztecas*, p.106, citado por Paul Gendrup, *Arte prehispánico en Mesoamérica*, México, Trillas, 1979, p. 250.

Las enfermedades son hereditarias: Te las transmiten tus hijos.

Leyenda en la camiseta de un muchacho,
vendedor callejero entre los coches (sábado 19 de junio de 1994).

3.2 Las clasificaciones: el insomnio psicofisiológico³³

De cualquier manera, los criterios del DSM-IV son sobre todo descriptivos, y sus categorías no pueden aplicarse fácilmente a niños y adolescentes, pues su información epidemiológica está interesada principalmente en poblaciones adultas (Carlson y Cordova, 1999).

La primera edición de la Clasificación Diagnóstica del Sueño y los Trastornos del Despertar, publicada en 1979 por la Asociación de Centros de Trastornos de Sueño (ASDC³⁴) se basaba en los síntomas y no en la fisiopatología, y consideraba insomnio a todo aquel *trastorno del inicio y mantenimiento del sueño* (DIMS³⁵). En el glosario de esta publicación, la definición hablaba simplemente de la "dificultad para dormir", y el término se utilizaba vagamente, para cualquier tipo y grado de pérdida de sueño (ASDC, 1979).

En esa clasificación, el llamado *insomnio psicofisiológico persistente*, uno de los DIMS, se presentaba como uno de los insomnios más comunes de tipo psicológico o psiquiátrico de los registrados en las clínicas para trastornos de sueño y se definía como "un insomnio del inicio y del mantenimiento del sueño que se desarrolla como resultado de una *tensión-angustia somatizada* y de un *condicionamiento negativo del sueño*, factores que se consideran *mutuamente reforzantes*."

³³ Aquí sólo se consideraron, además de las definiciones elaboradas por algunos autores, las clasificaciones relacionadas específicamente con trastornos de sueño, y no las relativas a las enfermedades mentales (DSM-III y DSM-IV) y a las enfermedades en general (CIE-10) (Buysse, Reynolds, Kupfer, Thorpy, Bixler, Manfredi, Kales, Vgontzas, Stepanski, Roth, Hauri y Mesiano, 1994; Carlson y Cordova, 1999).

³⁴ Siglas en inglés de la Association of Sleep Disorders Centers, antecesora de la ASDA fundada en 1975.

³⁵ Iniciales de *disorders of initiating and maintaining sleep*, en inglés.

Por el contrario, las más recientes versiones de esta clasificación, publicadas por la Asociación de Trastornos de Sueño de los Estados Unidos en 1990 y 1997, explican que *insomnio* es un vocablo que alude, en general, a la queja que expresa un individuo cuando no logra obtener la cantidad suficiente de sueño, o cuando no ha podido descansar después de un lapso habitual de sueño (ASDA,³⁶ 1990). En la clasificación de 1990, los diferentes tipos de insomnio (los DIMS de la clasificación anterior) se consideran, junto con los *trastornos de somnolencia excesiva* (DOES³⁷), parte del grupo de las *disomnias* (trastornos que implican una dificultad para iniciar o mantener el sueño, o bien una somnolencia excesiva).³⁸ En la edición de 1997, el insomnio psicofisiológico y el insomnio idiopático son dos de los 13 *trastornos intrínsecos del sueño*, mientras que, por ejemplo, el insomnio por altura, la higiene inadecuada del dormir, el trastorno ambiental de sueño y el insomnio por alergia alimenticia son dos de los 14 *trastornos extrínsecos del sueño*. Estos dos grupos integran, junto con los *trastornos del ritmo circadiano* (que enlista otros siete trastornos) el grupo general de las disomnias (Aldrich, 1999).

La clasificación de 1997 explica que, para elaborar el diagnóstico del insomnio psicofisiológico, es necesario preguntar lo relativo al estado de ánimo, a la cognición y a la conducta durante la tarde y en los intervalos nocturnos sin sueño: el despertar y la ansiedad al prepararse para dormir y las preocupaciones sobre el insomnio y sus efectos en el desempeño laboral o en casa al día siguiente pueden ser síntomas de insomnio psicofisiológico (Aldrich, 1999).

La segunda y tercera clasificaciones otorgaron al *insomnio psicofisiológico persistente* el primer lugar dentro del capítulo de las disomnias. Y lo definen como “un trastorno de sueño intrínseco (...) de *tensión somatizada* y *asociaciones aprendidas que dificultan u obstaculizan el sueño*, todo lo cual ocasiona una queja de insomnio y una reducción asociada en el funcionamiento durante la vigilia”. Se sostiene que se presenta en 15% de los que asisten a los centros especializados en trastornos de sueño, pero que se desconoce su frecuencia real en la población general. La tensión somatizada y las asociaciones aprendidas son factores que se refuerzan mutuamente, y sus nombres sustituyeron los de la clasificación primera: *tensión-angustia somatizada* y *asociación condicionada*, respectivamente.

³⁶ Siglas de la American Sleep Disorders Association [Asociación Estadounidense contra los Trastornos del Dormir], institución que, al igual que el American Board of Sleep Medicine [Comité de Medicina del Sueño de los Estados Unidos], ofrece cursos de posgrado y especialización (por medio de los cuales otorga certificación a especialistas) en el área del dormir y sus trastornos.

³⁷ Iniciales de *disorders of excessive somnolence*.

³⁸ O, también, *disomnias*.

El DSM-IV presenta los siguientes cinco criterios para el diagnóstico del insomnio primario (F51.0 o, según la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, 307.42):

- a) El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos un mes.
- b) La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- c) La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- d) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- e) La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de sustancias adictivas o no adictivas o de enfermedades.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10),³⁹ el apartado F51 "Trastornos no orgánicos del sueño" incluye el insomnio no orgánico (F51.0), el hipersomnio no orgánico, el trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia, el sonambulismo, los terrores nocturnos, las pesadillas, un inciso para otros trastornos no orgánicos del sueño y uno más para cualquier otro trastorno no orgánico del sueño cuyo origen no pueda especificarse (www.psicomed.com).

³⁹ En inglés, International Classification of Diseases (ICD-10).

Independientemente de su circularidad, las definiciones de Zorick y de las dos últimas ediciones de la clasificación resultan más ventajosas, comparadas con las de los autores citados anteriormente e incluso con las del DSM-IV y de la CIE-10 (éstas dos con fines principalmente diagnósticos), dado que son más específicas y hacen énfasis en la percepción que tiene el individuo, el paciente, de su propia condición. No obstante que en el DSM-IV, por ejemplo, el insomnio es ya "un trastorno mental independiente y representa una unidad diagnóstica propia" (Munsch y Schwander, 1998), este manual basa sus diagnósticos en categorías más generales y parece preocuparse menos por el trasfondo teórico de las causas del problema (Buysse et al., 1994).

Percepción es así una palabra clave, una de las diferencias fundamentales entre las definiciones más recientes y las primeras, entre el estado de salud de los que padecen insomnio y los que no (Lichstein et al., 1994), y por eso aparece aquí resaltada. Recientemente ha comenzado a tomarse en cuenta, en las investigaciones y en las clínicas de sueño, también la actitud del propio paciente hacia su condición. Ya no son sólo los conocimientos de los profesionales de la salud: ahora es también su sensación de malestar un factor de gran relevancia para afirmar que dicha situación puede considerarse fuera de lo estadísticamente normal. El sueño de un individuo se considerará insomnio crónico no sólo cuando cumpla con los criterios establecidos objetivamente por la clínica o el laboratorio de sueño (latencia de sueño de más de media hora, por un lapso de tres semanas o más y/o con dificultades para dormir por lo menos varias veces al mes), sino cuando el propio individuo sienta también que tiene dificultades para descansar o que no descansa lo suficiente, el objetivo último de todo el que duerme (véase ASDA, 1990, y la página: <http://www.sleepscene.com/discla9.htm>).⁴⁰

⁴⁰ Knab y Engel (1988) compararon la percepción que tenían los propios sujetos de sus despertares espontáneos, y no los parámetros mismos del sueño. Encontraron que los individuos con insomnio "casi siempre señalan únicamente los despertares posteriores al sueño consolidado, aunque no todos. Parecen ser incapaces de percibir despertares después de intervalos de menos de 15 minutos. Quizá no pueden percibir el momento de despertar porque no sienten haber dormido durante estos cortos intervalos previos. Por tanto, su percepción parece estar sesgada hacia el 'despertar', a menos que el sueño haya sido largo, en cuyo caso perciben los despertares mucho mejor y más consistentemente." Quizá, como dicen estos autores, la percepción imprecisa de los despertares espontáneos es un mecanismo protector del sueño. "Teóricamente debe asumirse un periodo variable para el inicio del sueño y no, como se afirmaba en las primeras investigaciones de sueño en laboratorio, un periodo fijo. Definir un momento inicial del sueño deberá seguir siendo artificial, en cierta manera (...) Razonablemente puede suponerse que los despertares percibidos son en realidad los recordados."

Lo anterior puede traducirse con otros términos: a partir de una combinación de las características de su personalidad con la serie de respuestas que han aprendido a desarrollar ante el **estrés cotidiano**, los individuos que experimentan este trastorno suelen responder con tensión somatizada y agitación, negando y reprimiendo la importancia de los eventos estresantes, lo que termina por manifestarse como un aumento en la excitación fisiológica (mayor tensión muscular, mayor vasoconstricción). El condicionamiento depende de un reforzamiento de los hábitos defectuosos en el dormir (Hauri, Percy, Hellekson, Hartmann y Russ, 1982) y es uno de los elementos que pueden predisponer al surgimiento de otras clases de insomnio crónico. Las asociaciones pueden presentarse ante *cogniciones internas* (fuertes preocupaciones por la imposibilidad de dormir; véase Harvey, 2000) o ante *estímulos externos* de índole diversa.

Otra de las formas de detectar a quienes verdaderamente padecen insomnio es la aplicación de **pruebas y cuestionarios**. Aparte de las directamente interesadas en variables del sueño (MSLT y de somnolencia; por ejemplo, la Escala de Somnolencia de Epworth⁴¹) y las que miden sus causas o consecuencias (pupilometría, memoria, hiperexcitación y depresión), son indispensables los cuestionarios de sueño,⁴² que evalúan los diferentes aspectos (subjetivos y objetivos) del dormir de la persona (al lado, por supuesto, de la información obtenida por la exploración física y las historias clínicas; véase Rosas, 2000, febrero 8). Puesto que el insomnio es un síntoma, un problema pertinente a la subjetividad de quien lo padece, resulta importante crear una escala donde sea la propia persona evaluada quien explore las características variables de su dormir y mida o estime, en su caso, la gravedad de sus dificultades para tener un sueño reparador: ejemplifica lo anterior la Escala de Insomnio de Atenas (AIS, en inglés⁴³) que propusieron Soldatos, Dikeos y Paparrigopoulos (2000) y el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh [Pittsburgh Sleep Quality Index] (PSQI), presentado inicialmente por Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer (1989) y adaptado a la población clínica de España por Royuela Rico y Macías Fernández (1997).

⁴¹ Utilizada por los profesionales de las clínicas y laboratorios de sueño para medir la privación de sueño y la somnolencia diurna, sus reactivos preguntan al sujeto, con una escala de cuatro opciones, qué tan probable considera que resulta para él quedarse dormido en diferentes situaciones: sentado y leyendo, sentado y platicando con alguien, viendo la televisión, sentado en un sitio público sin hacer nada, como pasajero en un vehículo durante una hora continua, acostado para descansar en las tardes, sentado tranquilo después de haber almorzado sin beber alcohol y, por último, al volante, al detenerse unos minutos por el tráfico (véase la página web: <http://www.cnn.com/TECH/computing/9904/09/sleep.ent.idg/>).

⁴² El cuestionario de sueño que aparece en el Apéndice D (presentado por Luce y Segal, 1969/1971) es un ejemplo de los que se aplican rutinariamente en las clínicas de trastornos en el dormir.

⁴³ Iniciales de *Athens Insomnia Scale*.

En este trabajo se utilizan, entonces, la definición de *insomnio crónico* redactada por la ASDA y los criterios que la misma incluye de severidad (el insomnio se considera severo si se presenta una queja de que no se logró dormir lo suficiente por la noche, de que se necesitó más de media hora para comenzar a dormir o de que no se pudo descansar después de una noche de sueño habitual; esto acompañado de una perturbación grave en el funcionamiento social o laboral, sensaciones de falta de reposo, irritabilidad, ansiedad, fatiga diurna y cansancio) y de cronicidad (el problema se calificará como insomnio crónico si se prolonga por un lapso mínimo de tres semanas o un mes) (ASDA, 1990).

El sueño es la sexagésima parte de la muerte, y David, debido a su situación de estar “vivo”, dormía sólo durante sesenta respiraciones, ya que durante cincuenta y nueve respiraciones el hombre está ‘vivo’ (...) Cuando la noche se divide [la media noche] y la santidad suprema se levanta, y el hombre yace dormido en su cama sin presenciar la gloria de su Creador, entonces está confinado al misterio de la muerte y se aferra a un lugar ajeno.

Zohar: Libro del esplendor, libro sagrado de la cultura hebrea escrito en el siglo XIII por el judeoespañol Moisés de León. Colección Cien del Mundo, Conaculta, México, 1994, pp. 153-154, trad. Esther Cohen y Ana Castaño.



4. Los insomnios y otros trastornos de sueño

Fuera de las importantes diferencias que se notan si se analizan con cuidado las dos clasificaciones generales de trastornos en el dormir (que la lista de trastornos es, en la segunda, considerablemente mayor; que los trastornos se clasifican, en ella, por la posible fisiopatología, no por el síntoma, y que incluye criterios clínicos específicos y PSG; véase Buysse et al., 1994), es importante mencionar que la clasificación preparada por la ASDA reconoce varios tipos de insomnio, que se describen brevemente en los siguientes párrafos.

Dentro del grupo de las disomnias se enlistan, como *trastornos intrínsecos del sueño* (es decir, los que se originan o desarrollan en el organismo, o aparecen por causas que provienen de éste), todos los *trastornos primarios del sueño*, producidos ya sea por trastornos médicos o por trastornos psicológicos. Entre ellos, interesan a este trabajo:

- a) el *insomnio psicofisiológico*, definido como "un trastorno de tensión somatizada y asociaciones aprendidas que dificultan el sueño, todo lo cual ocasiona una queja de insomnio y una reducción asociada en el funcionamiento durante la vigilia";
- b) la *dificultad para percibir el estado de sueño*, un insomnio subjetivo o pseudoinsomnio que carece de síntomas objetivos (la persona puede despertarse por periodos breves, sólo durante unos minutos y no más, los cuales percibe como periodos prolongados de vigilia, uniendo a veces varios de tales periodos breves y describiéndolos como uno solo extenso, todo ello quizá debido a algún defecto imposible de detectar con los registros PSG; véase Lavié, 1996/1997, y Stepanski, 1993);⁴⁴

⁴⁴ O, mejor, "seudoinsomnio" (Corripio, 1988, pp. 448 y 490). Este problema puede deberse a que el individuo no aprendió, durante su desarrollo, a definir el sueño: el dormir no es para esa persona una necesidad.

- c) el *insomnio idiopático* o *insomnio primario*, que se define como la incapacidad crónica para dormir satisfactoriamente, quizá debida a una anomalía en el control neurológico del sistema de sueño-vigilia; su causa aún no ha podido definirse (Bonnet y Arand, 1999; Hauri et al., 1982) y algunos autores proponen, para explicarlo, la existencia de una irregularidad en el funcionamiento de los centros nerviosos que regulan el sueño y la vigilia (Lavie, 1996/1997); al menos en cortes de cerebro de rata, las lesiones experimentales en el área preóptica, en la base del cerebro anterior, provocan privación de sueño; las neuronas triangulares que se encuentran en el núcleo preóptico ventrolateral, distinguidas por Clifford Saper y Pierre-Hervé Luppi, parecen estar directamente relacionadas con los centros encargados del sueño (Chambon, 2000); también se denomina *insomnio de inicio en la infancia*, pues sus primeros síntomas pueden rastrearse en las primeras semanas de vida (según Peter J. Hauri quien, citado por Attarian, 2000, dice también que la latencia puede ser muy larga; la persona se despierta varias veces, su atención y su estado de alerta se ven reducidos, su nivel de energía y de concentración también disminuyen, y su estado de ánimo suele describirse como sombrío y desanimado o decaído, más que evidentemente deprimido o ansioso; en la infancia y la adolescencia, este trastorno suele estar asociado con signos neurológicos como la dislexia y la hiperactividad, y el PSG muestra, en muchos casos, anomalías difusas e inespecíficas; aunque este trastorno aparece en la infancia, no todo insomnio infantil es idiopático);
- d) el *síndrome de las piernas sin reposo*, que se caracteriza por una desagradable sensación de inquietud en las piernas al sentarse o acostarse, que interfiere con el sueño, y
- e) el *síndrome de apnea de sueño*, casos de interrupción de la respiración en los que el síntoma principal suele ser el insomnio, o bien una somnolencia excesiva.⁴⁵

⁴⁵ Este síndrome, diez veces más frecuente en los hombres (lo contrario de lo que ocurre con el insomnio), es quizá la causa directa de la hipertensión con que cursan los que lo padecen (véase Lavie, 1996/1997).

Del segundo gran grupo de disomnias, el de los *trastornos extrínsecos del sueño* (conocidas así debido a que se originan o desarrollan a partir de causas externas al organismo, las cuales se consideran integrales, pues su eliminación resuelve el trastorno de sueño, a menos que se haya desarrollado, simultáneamente, otra perturbación del sueño; varios de ellos pueden manifestarse como insomnio o a través de una somnolencia excesiva), son de interés aquí:

- a) el *insomnio de altitud*, debido a un episodio agudo de la llamada *enfermedad de montaña*;
- b) el *trastorno de sueño por adaptación*, relacionado temporalmente con estrés intenso, con un conflicto o con un cambio en el ambiente que provoquen excitación emocional: el miedo, durante la Guerra del Golfo, de la población israelita a quedarse dormida (por temor a la posibilidad de que los misiles de ataque llevaran ojivas químicas, a que no pudieran oír la sirena que hacía sonar la alerta, a que no pudieran colocarse su máscara antigás a tiempo y encerrarse en un cuarto hermético) y sus quejas de dificultades para dormir y de despertares frecuentes⁴⁶ ejemplifican perfectamente este trastorno (también denominado *insomnio de situación* o, por el hecho de que desaparece cuando cambian las situaciones externas que lo causaron, *insomnio temporal*);⁴⁷
- c) el *síndrome de sueño insuficiente*, que se presenta en aquellos individuos que, de manera persistente, no logran dormir lo necesario para mantenerse en el estado habitual de vigilia y alerta;
- d) los *trastornos de sueño por una higiene inadecuada del sueño* (ciertos hábitos, como preocuparse por resolver los problemas del día en la cama en vez de relajarse, levantarse cada día a una hora diferente, tomar siestas prolongadas durante el día, comer demasiado antes de ir a la cama o acostarse con sed o sin haber comido en absoluto, acostarse sin haber orinado, dormir en un cuarto iluminado o con ruido o con un colchón incómodo, hacer ejercicio intenso poco antes de acostarse o no hacer ejercicio en absoluto, contribuyen a interrumpir el sueño);

⁴⁶ "(...) el sueño de los sujetos, tanto antes como después de los ataques, no difería en absoluto del sueño de los miles de sujetos que habían dormido en el laboratorio antes de la guerra", quizá porque los medios de comunicación israelitas hicieron que creciera la sensación de ansiedad entre la población (Lavie, 1996/1997).

⁴⁷ Seguramente el trastorno de sueño al que se refieren la mayor parte de los encuestados cuando responden que padecen un trastorno de sueño, en particular si eligen A veces o Frecuentemente (Lavie, 1996/1997).

- e) el *trastorno de sueño por asociaciones al inicio del sueño*, de mayor frecuencia en los niños, a quienes se les dificulta dormir porque les hace falta un objeto o una serie de circunstancias (en el adulto suele presentarse sólo al inicio de la noche; cuando las condiciones requeridas reaparecen, el retorno al sueño es rápido);
- f) el *trastorno de sueño ambiental*, generado por factores ambientales particularmente intensos, como ruido o iluminación excesiva (tráfico, ruido de aviones, aparatos electrodomésticos como la televisión e, incluso, un aparato de aire acondicionado);
- g) el *trastorno de sueño dependiente de estimulantes*, relacionado con el consumo de cantidades excesivas de cafeína (la mitad de la cafeína consumida a las 6 de la tarde sigue presente en el organismo a las 10 de la noche) u otras sustancias;⁴⁸
- h) el *trastorno de sueño dependiente del alcohol*, en el que el dormir se interrumpe por la ingestión de cantidades excesivas de alcohol (véase, respecto a este inciso y el anterior, la información médica general publicada por la NSF y por el Instituto Nacional del Corazón, del Pulmón y de la Sangre), y
- i) el *insomnio por alergia alimenticia*, producido por una alergia del niño a la leche de vaca, la que le provoca irritabilidad y, por tanto, llanto y despertares frecuentes.

⁴⁸ Más adelante se menciona una breve descripción de los hallazgos más recientes relacionados con los efectos de la cafeína. El DSM-IV incluye los criterios diagnósticos de los "Trastornos relacionados con la cafeína" (clasificados con los números F15.00 y 305.90) y, también, los "Trastornos de sueño inducidos por sustancias" (F15.8 y 292.89 para la cafeína, por ejemplo) (véase www.psicomed.com).

En el último apartado de las disomnias, el de los *trastornos del ritmo circadiano*, se encuentran aquellos trastornos que, por viajes de larga duración en avión o de un huso horario a otro (vuelos transmeridianos, cambios en el horario internacional), por horarios con turnos rotatorios en el trabajo, por un patrón irregular en el ciclo sueño-vigilia, por un retraso o un adelanto en las etapas del sueño, por un trastorno en el ritmo circadiano propiamente dicho o, finalmente, por la presencia, en el funcionamiento orgánico individual, de un ciclo sueño-vigilia que no es de 24 horas, dan origen a una *desincronización o disrritmia circadiana (jet lag, en inglés)* y, en consecuencia, generan somnolencia durante el día e insomnio en la noche (ASDA, 1990), además de modificaciones temporales en la arquitectura del sueño (reducción en las latencias de sueño MOR y aumento en las tendencias a permanecer despierto; véase Parker, 1994/1998). También se presentan desorientación, mayor cansancio y un menor grado de concentración y de alerta durante el día, una sensación de "destemporalización", irritabilidad y depresión, así como amnesia temporal, debilidad general y ansiedad. Todo ello implica un decremento en el desempeño mental y físico de los individuos que trabajan con tales ritmos, y un incremento en el riesgo de accidentes.⁴⁹

⁴⁹ La mayor parte de las personas completamente ciegas, por ejemplo, tienen ritmos circadianos que no están sincronizados con claves temporales ambientales y que oscilan en un ciclo que dura poco más que un día, lo cual les genera insomnio recurrente y somnolencia diurna al desfasarse los ritmos orgánicos del ciclo normal de 24 horas (Sack, Brandes, Kendall y Lewy, 2000). Para resolver los problemas que tal desincronización podría generarles en sus compromisos sociales, las personas con ceguera total o con ambliopía grave (debilidad visual o reducción en la agudeza visual sin ninguna anomalía orgánica evidente, más común en uno solo de los ojos y en niños de menos de seis años) necesitan llevar un estilo de vida más ordenado. El estado de *normalidad cronobiológica* o *salud cronobiológica* se define "como la correcta relación de fases tanto entre los ritmos del propio organismo como entre éstos y el ciclo ambiental" (Chiesa y Golombek, 1999). Según otros autores citados por estos últimos, en este tipo de trastornos también son frecuentes los trastornos gastrointestinales, por la ingestión de alimentos en un horario inusual (indigestión, diarrea, constipación, acidez estomacal y riesgo de úlceras gástricas y duodenales). Véase también el modelo del insomnio como resultado de una reducción en la amplitud del ritmo circadiano que genera una interrupción inmediata del ritmo ultradiano y que hace, por tanto, que se interrumpa drásticamente el patrón de sueño y se reduzca el tiempo de sueño, en particular el sueño de ondas lentas, además de una reducción en el número de ciclos por episodio de sueño (Wever, 1985).

El segundo gran capítulo de la clasificación de 1990 aborda las *parasomnias*. Se trata de *trastornos del despertar*⁵⁰ (una de las parasomnias más frecuentes; surgen durante la etapa del sueño sin movimientos oculares rápidos, en especial de las etapas más profundas, durante el sueño de ondas lentas;⁵¹ no suelen recordarse; son comunes en la infancia y van desapareciendo con la edad; véase Mahowald y Schenck, s.f./2000), *de despertar parcial* y *de transición de etapa del sueño* que, por definición, interfieren en el proceso del dormir y que **no son, a pesar de presentarse durante el mismo, trastornos del sueño ni de la vigilia per se**. Tienen varias características comunes: están relacionados con el sueño profundo y con una transición rápida del sueño a la vigilia, tienden a desaparecer con la adolescencia y presentan una activación inconsciente de los mecanismos motores (Lavie, 1996/1997).

Conviene mencionar, en este grupo, los *despertares con confusión* (que son comunes en niños y recién nacidos y a veces se presentan también en adultos; se trata de episodios que pueden iniciar con llanto e inquietud en la cama, de manera tal que el niño parece estar despierto, confundido y enojado, pero se resiste a los intentos de tranquilizarlo o consolarlo; pueden durar hasta media hora y terminan cuando el individuo se tranquiliza, despierta brevemente y luego sólo desea volver a dormirse; como en todos los trastornos del despertar, existen antecedentes familiares de este tipo de problemas), el *sonambulismo* (la forma más espectacular de automatismo durante el sueño, poco común en las noches de registro en los laboratorios de sueño; suele desaparecer gradualmente con la edad y puede presentarse con somniloquia, es decir, con periodos de hablar dormido) y los *terrores nocturnos* (que los niños olvidan fácilmente a la mañana siguiente; se presentan no más de una o dos veces al mes y gradualmente desaparecen en la adolescencia) y, por último, las *pesadillas* (que se recuerdan claramente al día siguiente y están asociadas generalmente con la etapa de sueño MOR; Alonso, 2001; ASDA, 2000; Lavie, 1996/1997; Mahowald y Schenck, s.f./2000).

⁵⁰ *arousal disorders*, en inglés.

⁵¹ Estas y las demás etapas del sueño se definen más adelante.

Del tercer capítulo de la clasificación, que alude a los *trastornos de sueño relacionados con problemas médicos o psiquiátricos* (no trastornos de sueño primarios, sino trastornos médicos o psiquiátricos que presentan, como característica principal, una perturbación del sueño o una somnolencia excesiva), sólo se hará mención aquí a aquéllos relacionados con trastornos mentales, como las psicosis, la ansiedad, la depresión, el pánico y el alcoholismo; con trastornos neurológicos, como la demencia, el síndrome de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas, el mioclonos propioespinal y el insomnio familiar fatal⁵² y, por último, con otros trastornos orgánicos, como la obstrucción pulmonar crónica y la úlcera péptica (Bourdet y Goldenberg, 1994; Tateishi et al., 1995).

Un cuarto apartado propone la existencia de trastornos de sueño que aún no han encontrado verificación. Entre ellos, el *trastorno del "sueño corto"* (la persona duerme considerablemente menos que otras de su misma edad, y siente la "necesidad" de dormir más, aunque ni la calidad de su sueño ni la de su vigilia presentan anomalía alguna) y el *trastorno del "sueño largo"* (por el contrario, el individuo duerme mucho más en un día y "necesita" dormir menos que lo que suele dormir la gente de su edad, a pesar de que su sueño tampoco presenta anomalías en su arquitectura y su fisiología).

No obstante la gran cantidad de información que existe respecto a casi todos estos trastornos en el dormir, puede decirse, con Olders (citado por Engel, 2000, octubre 31), que "el tipo más común de insomnio es el insomnio psico-psicológico", lo que significa que resulta muy difícil identificar, en cada caso, la causa o causas del trastorno.

⁵² Se trata de una condición hereditaria, transmitida de manera autosómica por un gen dominante y cuyas características clínicas son un insomnio progresivo, disautonomía (enfermedad genética rara del sistema nervioso autónomo, frecuente en los judíos de Europa oriental, que consiste en una reducción en el número de fibras nerviosas amielínicas que transmiten el dolor, la temperatura y el gusto, y rigen las funciones autónomas) cambios en el ritmo circadiano de la secreción de algunas hormonas, signos motores y un deterioro leve o moderado de las funciones cognitivas. Esta enfermedad, "fatal debido a los cambios neurológicos degenerativos, y no al insomnio en sí", "suele aparecer entre los 35 y los 60 años de edad, y se desarrolla en un lapso de siete a 32 meses"; "en ella, una proteína priónica anormal (PrP^{sc}) está presente en el cerebro", debido a que "el gen que codifica para esta proteína sufre una mutación" (Attarian, 2000).

El que no estemos más enfermos y mucho más locos de lo que estamos se debe exclusivamente a la más bendita de todas las gracias: el sueño.

Aldous Leonard Huxley, autor inglés (1894-1963).

Que a diario la noche caiga; que por sobre tensiones y tormentos, preocupaciones y dolores se presente la bendición del sueño, calmándolos y acallándolos; que cada día este nuevo frescor y olvido se ofrezca a nuestros secos labios, que siempre después de la batalla esta sensación de salvajismo abandone nuestros temblorosos labios; que a partir de él, purificados del sudor y del polvo y de la sangre, fortalecidos, renovados, rejuvenecidos, casi inocentes una vez más, casi con coraje y pasión puros podamos continuar una vez más... son éstas, sostengo, las más benígnas, las más conmovedoras de todas las grandes circunstancias de la vida.

Thomas Mann, crítico y escritor alemán (1875-1955): *Süßer Schlaf* [*Sleep, Sweet Sleep*, trad. Helen T. Knopf, 1933], ensayo del 30 de mayo de 1909, incluido en *Past Masters and other Papers* [*Sueño, dulce sueño*], trad. Helen T. Knopf, 1933, p. 269.

5. El sueño y la actividad cerebral

El registro de la actividad eléctrica de la corteza del cerebro de cualquier ser humano considerado normal (léase "asintomático en cuanto a trastornos en el dormir") permite distinguir la existencia constante de un ciclo sueño-vigilia (es decir, un ciclo de descanso y actividad)⁵³ que se modifica continua y gradualmente a lo largo de la vida, en lo que constituye un *ritmo circadiano*⁵⁴ biológico. Este ritmo es determinado por un intervalo fijo y repetitivo de tiempo, el cual es generado a partir de respuestas reflejas, instintivas y aprendidas, ligadas a la presencia de claves del medio externo, y de cambios homeostáticos y de maduración y otros ritmos biológicos, determinados de manera endógena (Webb, 1994).

Una de las dos secciones que integran este ciclo, que se presenta sólo al final o al inicio del registro poligráfico de una noche de sueño, es el estado de vigilia que, en los primates subhumanos y en la especie humana, es predominantemente diurno⁵⁵ y en el cual predominan, eléctricamente hablando:

- a) la **actividad alfa** (ondas de 8 a 13 hercios [Hz] o ciclos por segundo [cps] en los adultos, que se observa sobre todo en la corteza occipital y parietal y durante los estados de relajación, cuando los ojos están cerrados, en 85-95% de las personas) y/o
- b) el **ritmo beta** (más evidente en las regiones frontal y central, tiene una frecuencia de 13 a 35 cps, se presenta durante un estado de alerta y con un aumento en el tono muscular), con el cual suele estar mezclado el ritmo alfa.

⁵³ Este ciclo está estructurado, en realidad, en dos sistemas neurobiológicos principales: uno que genera activamente el sueño y sus procesos y otro que establece el momento de dormir dentro del ciclo cotidiano de 24 horas (Czeisler y Richardson, 1998/1998). Algunos autores opinan que se trata, en realidad, de un ciclo "vigilia-sueño no MOR-sueño MOR" (Mahowald y Schenck, s.f./2000). Se ha identificado al núcleo supraquiasmático como el reloj interno que sincroniza los ritmos vigilia-sueño (Chambon, 2000).

⁵⁴ Del latín *circa*, aproximadamente, y *dies*, día. Es decir, con una duración de aproximadamente 24 horas.

⁵⁵ "Esto es de importancia", según el doctor Augusto Fernández Guardiola, "para valorar los casos de insomnio y de somnolencia excesiva diurna, por cambio voluntario del ciclo circadiano de actividad-reposo, como sucede con los trabajadores de turnos nocturnos o con el pasajero y la tripulación de rápidos vuelos intercontinentales." (Fernández-Guardiola, 1998a)

En especial en los niños, el estado de vigilia también puede presentar una cantidad leve de actividad theta (4 a 7 cps) y de actividad delta posterior (0 a 3 cps), denominada *ondas lentas posteriores de la juventud*. Asimismo, la vigilia puede incluir el ritmo mu (8 a 11 cps), que se presenta por unos segundos, es más claro en las regiones centrales y se atenúa con el movimiento voluntario de la mano contralateral (Aldrich, 1999).

Durante el dormir (conducta que, si se considerase su duración de manera acumulada, ocuparía un tercio de la vida adulta) tienen lugar, a la par de cambios en la postura y en los tipos de movimientos corporales, en las sensaciones y percepciones y en el pensamiento, las siguientes etapas electrofisiológicas (Aldrich, 1999; Hobson, 1987):

- a) la **etapa 1**, donde disminuye el voltaje de las ondas PSG de vigilia a menos de 50 microvolts [μV]; aparecen ondas theta, de 4 a 7-8 cps; la actividad alfa, de 8 a 11-12 cps, es de menos de 50%; aparecen *ondas agudas del vértex*⁵⁶ (a veces de más de 200 μV , también llamadas *ondas del vértex* u *ondas V*) y *ondas transitorias occipitales positivas* (POSTs);⁵⁷ ondas difásicas o trifásicas de 20 a 75 o incluso 120 μV y de 80 a 200 milisegundos [mseg], con un componente positivo evidente); los movimientos oculares son lentos y evidentes, el tono muscular y el movimiento facial se reducen y el sueño es ligero;
- b) la **etapa 2**, que se caracteriza tanto por los llamados *husos de sueño*,⁵⁸ una actividad fásica de 12 a 14 cps o incluso 16 cps que dura de 0.5 a varios segundos, presenta su mayor amplitud sobre las regiones parasagitales, centropariciales y frontocentrales y está compuesta por ondas crecientes y decrecientes, como por los *complejos K*, una actividad de alto voltaje (ondas delta, de 100 μV y 12-14 cps) que presenta una deflexión negativa y otra positiva; la actividad eléctrica restante es una mezcla de frecuencias, principalmente de ondas theta; por lo demás, los movimientos oculares lentos son mucho menos evidentes en ésta que en la etapa 1;

⁵⁶ Suele utilizarse el vocablo inglés y no su equivalente español (*ondas del vértice*).

⁵⁷ Acrónimo del equivalente inglés *positive occipital transitory waves*.

⁵⁸ Equivalente del inglés *sleep spindles*.

- c) la **etapa 3**, con ondas lentas (1-4 cps) de alto voltaje (ondas delta de más de 100 μ V), que se superponen a los husos de la anterior (ocupan el 20-50% de la actividad PSG; véase el glosario publicado en Estados Unidos por los Institutos Nacionales de Salud⁵⁹ en la página: <http://www.nih.gov>), y
- d) la **etapa 4**, con ondas lentas (1-3 cps) y también un voltaje elevado (150-250 μ V) (más del 50% de la actividad PSG; véase el glosario citado).

Las etapas 3 y 4 suelen clasificarse en conjunto con el nombre de *sueño delta* o *sueño de etapas 3-4* o *sueño de ondas lentas* (SOL), pues en ambas predomina la actividad eléctrica de ondas lentas, y la diferencia entre ambas es sólo cuestión de la cantidad de tales ondas. Hasta el momento en que surge este tipo de actividad, las ondas registradas durante el dormir se han ido sincronizando gradualmente (es decir, el voltaje ha ido aumentando y la frecuencia, disminuyendo).

En cuanto a los ojos, los movimientos lentos prácticamente desaparecen durante estas dos últimas etapas. La actividad electromiográfica suele permanecer al mismo nivel que en la etapa 2. Algunas personas muestran actividad alfa en las etapas 1 a 4, sobre todo durante las dos últimas. Este patrón se llama *sueño alfa-delta*, y su significado clínico aún no está claro (Aldrich, 1999).

Las cuatro etapas hasta aquí descritas (que se caracterizan por una mayor presencia de ondas delta y una menor frecuencia de ondas beta) se conocen, de manera conjunta y por oposición a la fase siguiente, con el nombre de *sueño no MOR* (NREM),⁶⁰ y es en ellas donde el nivel promedio de actividad eléctrica del cerebro decrece notablemente, en general (Sapolsky, 2001): es durante este periodo cuando las zonas del cerebro relacionadas con el procesamiento de estímulos (el sistema de activación reticular) y la regulación del movimiento muscular reducen considerablemente su actividad (decrece su flujo sanguíneo y, por tanto, su nivel de metabolismo). A lo largo de la noche el durmiente regresa, por lo general, varias veces de la etapa 4 a la 3 y de ésta a la 2 o a la 1.

⁵⁹ National Institutes of Health (NIH), en inglés.

⁶⁰ Iniciales de *non-rapid eye movements*, en inglés.

Después de dichas cuatro etapas y de un periodo que, comparando a un individuo con otro, es más o menos constante,⁶¹ el registro PSG entra en un periodo de transición, en el cual recupera, abruptamente o de manera gradual, las características que había presentado durante la vigilia (ondas rápidas de bajo voltaje, ausencia del ritmo alfa) e, incluso sin regresar a ésta, la conducta de sueño persiste: el tono muscular, que al principio se había reducido pasivamente, se inhibe aquí de manera activa (sobre todo en los músculos antigravitatorios) y aparecen movimientos rápidos en los ojos. Se observan, en particular cuando la transición es gradual, complejos K o espigas ocasionales, que desaparecen por completo en unos minutos.

Este periodo de transición, que puede contener mezclas diversas de componentes poligráficos tanto de la fase que lo precede como de aquella que lo sucede (las fases de sueño no MOR y de sueño MOR, que se describen en los párrafos siguientes), a veces se denomina *sueño de transición, sueño indeterminado* o *sueño ambiguo* (Aldrich, 1999).

Terminado este periodo de transición, el que duerme entra en la fase de *sueño con movimientos oculares rápidos* (*sueño MOR* o, mucho más a menudo, *sueño REM*⁶²), que se caracteriza por un patrón eléctrico irregular de mayor frecuencia y menor amplitud, específicamente con una menor frecuencia de ondas delta (0.5-4 cps) y ondas theta (4-8 cps). Esto es similar a la etapa 1, pero sin la presencia de las ondas agudas del vértex. Puede haber también breves cargas de actividad alfa, de 1 a 2 cps, más lentas que en vigilia. La única actividad PSG propia de esta fase son las *ondas de dientes de sierra*,⁶³ de 2 a 6 cps, que se presentan de manera intermitente en todo el sueño MOR, generalmente en cargas de 1 a 5 segundos, y que acompañan con frecuencia las ráfagas de movimientos oculares rápidos y pueden surgir también poco antes del inicio de esta fase (véase, entre otros, Aldrich, 1999).

⁶¹ Y diferente para cada especie animal (considérense los diferentes tamaños de los animales en los que el sueño se ha estudiado).

⁶² Iniciales en inglés de *rapid eye movements*. Desafortunadamente es un hábito, en la investigación científica mexicana e incluso en la hispanoamericana, hacer uso de los equivalentes en inglés y no de los correspondientes en español.

⁶³ El equivalente del inglés *sawtooth waves*.

Los ritmos celulares son, durante el sueño MOR, de hasta una centena de cps, y aparecen movimientos corporales tónicos, contracciones musculares aisladas (la atonía muscular involucra sobre todo a los músculos de la cara, los posturales del cuello y músculos accesorios de la respiración, y menos a los labiales), cambios vegetativos (pausas en la respiración, una elevación impresionante de la presión arterial, arritmias cardíacas, erección del pene, entre otros) y, principalmente, movimientos sacádicos de los ojos (Chambon, 2000; Lavie, 1996/1997).⁶⁴

Durante esta etapa los niveles metabólicos se elevan en la corteza cerebral y en el subcórtex, en aquellas estructuras que regulan el movimiento muscular, y en aquellas zonas del tallo cerebral donde se controla la respiración y el ritmo cardíaco. En el sistema límbico, cuyo funcionamiento se vincula con las emociones, también se observa un aumento en tales niveles, al igual que en zonas relacionadas con la memoria y el procesamiento de la información sensorial (la vista y el oído, en particular).

En las regiones de la corteza relacionadas con el procesamiento de patrones visuales, el cambio más notable en el metabolismo no ocurre en la principal región visual de la corteza (que durante la vigilia se activa primero para interpretar los puntos de luz y sombra como curvas y líneas), sino en las áreas inferiores que conforman la información visual simple (que en la vigilia transforman dichas curvas y líneas en objetos, rostros y escenas). Posiblemente a eso se debe que el que duerme puede percibir, sin utilizar los ojos, las imágenes oníricas (Sapolsky, 2001).⁶⁵

⁶⁴ El glosario publicado por los NIH (www.nih.gov) define operacionalmente este periodo a través de la aparición de por lo menos tres minutos seguidos de sueño MOR separados de la siguiente aparición de sueño MOR por un mínimo de 20 minutos de sueño no MOR.

⁶⁵ El descubrimiento en 1953 de esta fase del sueño, por parte de Eugene Aserinsky y Nathaniel Kleitman (confirmación experimental, en realidad, de un hecho que ya había notado Aristóteles en su tiempo, 384-322 a.C.), permitió identificar por vez primera el momento del sueño, es decir, de la generación de imágenes oníricas (Lavie, 1996/1997). En efecto, más de 90% de las ensañaciones (o *sueños*) suceden precisamente en esta fase del dormir: si se despierta a una persona cuando su registro PG se encuentra en esta fase, lo más probable es que diga que sí estaba soñando, y que recuerde fácilmente lo que soñaba. En cambio, los despertares durante sueño no MOR no producen sino pensamientos; incluso un mínimo de cinco minutos de sueño no MOR antes de despertar reducirá notoriamente el recuerdo de los sueños (Oswald, 2001). Por lo demás, considerando que el sueño MOR y los sueños aparecen cíclicamente después de la privación sensorial y de la conciencia que ocurre en el sueño de ondas lentas (un exceso del cual equivaldría, en el tiempo, al coma y a la epilepsia generalizada, lo que alteraría la memoria reciente), puede decirse que el sueño MOR tiene un carácter anticonvulsivo (Fernández-Guardiola, 1998a).

Sobre todo, gran parte de la corteza prefrontal permanece inactiva, incapaz de realizar su tarea cotidiana de vigilia consistente en filtrar ideas, crucial para disciplinar el comportamiento humano en sociedad, para postergar el placer, para controlar los impulsos; otra parte, en cambio (la encargada del procesamiento sensorial complejo, relacionada con las emociones y los recuerdos), ve aumentada intensamente su actividad. Se han observado, por ejemplo, niveles metabólicos elevados en la corteza prefrontal de individuos cuya personalidad se caracteriza por ser represiva, muy controlados y conservadores, poco expresivos y poco sensibles a las emociones de los demás (en Sapolsky, 2001, puede verse un resumen de los trabajos de Allen Braun y Richard Davidson y sus equipos en los NIH y en la Universidad de Wisconsin, respectivamente).

Dado que se mantiene incrementado el umbral a la excitación y, a la vez, activado el cerebro (aumenta el metabolismo en muchas zonas del cerebro, en algunas hasta niveles mucho mayores que durante la vigilia), la fase de sueño MOR se conoce también con el nombre de *sueño paradójico*. Y, debido a la desincronización que presenta el registro del PSG, con el de *sueño activado* o *sueño desincronizado*.⁶⁶ Por la razón opuesta, suele utilizarse un sinónimo para el sueño no MOR: el de *sueño ortodoxo* o *sueño sincronizado* (Frazier, Campbell, Marshall y Werner, 1976; Hobson, 1987; Sapolsky, 2001).⁶⁷

El sueño no MOR y el sueño MOR (con el cual se alterna aquél cada noche a intervalos regulares, comenzando por 80 o 90 minutos de sueño no MOR, que son seguidos por un periodo de 10 a 15 minutos de sueño MOR) integran lo que se llama un *ciclo de sueño*, el cual dura de 90 a 100 minutos (un promedio interindividual, aunque la duración es fija para una misma persona) y llega a repetirse cuatro o cinco veces a lo largo de una noche,⁶⁸ con una estructura caracterizada por una ritmicidad *ultradiana*⁶⁹ (Wever, 1985). Puede verse entonces que, como dice Corsi (1984), el sueño no es un estado uniforme, "sino que está compuesto por la sucesión de varias etapas, cada una con sus propias características." Tal es la llamada *arquitectura del sueño*.

⁶⁶ También "sueño activo", especialmente en los niños de pocos días, pues en ella se observa una alta actividad motriz (Lavie, 1996/1997). En inglés, a esta fase también se le conoce como *D sleep* (*sueño D*), por su característica desincronización y por la presencia en ella de los sueños (*dreaming*) (Reber, 1995).

⁶⁷ En inglés, esta fase se denomina también *S sleep* (*sueño S*), por sus características ondas lentas (*slow waves*), por su sincronización y por sus espigas (*sleep spindles*) (Reber, 1995).

⁶⁸ Fernández-Guardiola (1998a, 1998b) dice que la fase MOR presenta un "carácter cíclico inexorable y ligado a la especie".

⁶⁹ A diferencia de los ritmos biológicos circadianos, los ultradianos son aquéllos que presentan periodos mucho más cortos que un día como, por ejemplo, los latidos del corazón o las ondas cerebrales del EEG. También se conocen ritmos *infradianos*, cuyos periodos duran más de 24 horas (el estro o periodo de celo de las hembras de los mamíferos, la hibernación) (Fernández-Guardiola, 1998a).

Las noches de un individuo que no ha estado muy activo durante el día (y, por ello, descansado) suelen presentar 80% de sueño no MOR y 20% de sueño MOR (Oswald, 2001). Después de un lapso prolongado de actividad durante la vigilia, los primeros ciclos muestran un predominio de actividad de alto voltaje y baja frecuencia (aumenta la fase de sueño de ondas lentas), mientras que los últimos ciclos presentan una mayor actividad de bajo voltaje y ondas rápidas (Aldrich, 1999; Armitage, 1995; Corsi, comunicación personal, octubre 22-26, 1990; Hobson, 1987), es decir, la duración de los periodos de sueño MOR tiende a incrementarse con cada ciclo sucesivo.

Se ha observado que, si aumenta el tiempo de vigilia, aumenta también la cantidad de SOL y se reduce el tiempo de sueño ligero. En cambio, la vigilia previa tiene poco efecto en el primer periodo de sueño MOR. Por otra parte, la hora del día en que aparece el sueño afecta profundamente la latencia de este primer periodo MOR. Asimismo, si la persona duerme sólo periodos cortos de sueño (de 3-4 horas, en vez de 8 horas), se observa una proporción mucho menor de sueño MOR, efecto que es escaso en la etapa 4 (Parker, 1994/1998).

La cantidad de sueño MOR es mayor en el recién nacido; en los adultos, es proporcional al peso corporal (Oswald, 2001). En el caso de los preadolescentes y adolescentes (más concretamente, la segunda década de la vida), el cambio más notorio es una reducción en el sueño de ondas lentas (etapas 3 y 4), una reducción en la proporción etapa 3/etapa 4, un aumento en las etapas 1 y 2 (sueño no MOR) y, por último, una ligera reducción en el tiempo total de sueño MOR, debido a la reducción general en la duración del sueño (sin cambios notorios en el porcentaje de sueño MOR). Al atravesar la pubertad, el tiempo desde el inicio del sueño hasta el primer sueño MOR es más corto. En las mujeres, sin embargo, suele haber una mayor latencia de sueño MOR después de la mitad de la pubertad (Manber, 1993).

Es posible que el inicio de la pubertad no sea tan importante para explicar estos cambios en la arquitectura del sueño en la segunda década de la vida, pues al dar tratamiento hormonal a niños con pubertad precoz (iniciada en la primera década de la vida) y hacer que ésta se detenga, no se ha logrado que el sueño vuelva a su estructura original (Manber, 1993).

Le era muy difícil dormir. Dormir es distraerse del mundo; (...), de espaldas en el catre, en la sombra, se figuraba cada grieta y cada moldura de las casas precisas que lo rodeaban. (Repito que el menos importante de sus recuerdos era más minucioso y más vivo que nuestra percepción de un goce físico o de un tormento físico.) (...) "Mis sueños son como la vigilia de ustedes."

Jorge Luis Borges, escritor argentino (1899-1986):

Funes el memorioso.

6. El dormir, el sexo y la edad: diferencias individuales

El número de horas dedicadas a dormir no es más que una característica diferencial y subjetiva de cada persona. Por ello y por variables metabólicas cuyo peso comparativo aún no ha podido determinarse con precisión, quizá precisamente por las diferencias entre uno y otro individuo, hay quienes necesitan más y hay quienes precisan menos tiempo para sentir que realmente han descansado. Lo que para una persona es imprescindible es demasiado para otra, todo dentro de una distribución normal, representada por medio de la campana de Gauss.⁷⁰ Y sólo el propio individuo puede saber con certeza, dando por contada su sinceridad consigo mismo y su habilidad para percibir su propia condición, cuántas horas requiere para reponerse.⁷¹

No parece haber diferencias significativas entre los sexos en cuanto a la distribución de las ondas PSG durante las etapas del sueño, no obstante el hallazgo de un mayor registro global de ondas delta en el sueño no MOR de las mujeres (Armitage, 1995).

Por otra parte, la duración del sueño se modifica con el desarrollo: un recién nacido descansa un promedio de 17 horas diarias; un niño y un adolescente lo hacen aproximadamente con 9 o 10; los adultos jóvenes necesitan de 6 y media a 8 horas diarias; un anciano puede sentirse a gusto tan sólo con 7 o menos. Contra lo que se cree, las necesidades de sueño no se reducen en la adolescencia: sin importar el tiempo que se haya dormido, la frecuencia de somnolencia aumenta con la edad, llega a su máximo en la pubertad y seguirá así en la segunda década de la vida (Manber, 1993).

⁷⁰ Se trata de los llamados "durmientes largos" o "durmientes prolongados" (*long sleepers*) y los "durmientes cortos" (*short sleepers*) (Raúl Alvarado, especialista en trastornos de sueño, entrevistado en el programa "Trastornos de sueño", de la serie *Diálogos en confianza: Cuerpo sano*; Canal 11, Instituto Politécnico Nacional; lunes 13 de mayo de 2002). Esto siempre y cuando no exista un trastorno de "sueño largo" o uno de "sueño corto" (véase más arriba la sección "Los insomnios y otros trastornos de sueño"). El peso corporal puede ser, por supuesto, una de las varias razones de esta diferencia: quienes adelgazan suelen dormir menos, quienes suben de peso suelen dormir más (Oswald, 2001).

⁷¹ Como en cualquier otra, el trabajo en esta área de la salud conlleva el análisis de una serie nada intrascendente de prejuicios que, siendo mecanismos constantes en el funcionamiento mental del individuo y de la comunidad, tienen una gran influencia en la percepción que ambos tienen de sí mismos. Habrá que estudiarlos a fondo en otra ocasión. Por lo pronto, véase, en este mismo documento (pp. 45 y 161) y en la entrevista al doctor Óscar Próspero García (Servin, 1999), lo referente a uno de los estudios más recientes de la NSF. En los estudios con gemelos idénticos se ha descubierto que hay muy pocas diferencias, pues ambos presentan los mismos ciclos y los mismos movimientos oculares durante el sueño paradójico (Chambon, 2000).

La continuidad y eficacia del sueño suelen modificarse ampliamente en la tercera edad (cambios cualitativos y cuantitativos, que incluyen un acortamiento en la latencia de sueño, despertares antes de la hora acostumbrada, mayor número de despertares durante la noche, mayores dificultades en el dormir por problemas respiratorios, aumento de frecuencia de los movimientos periódicos de las piernas y, también, de las siestas; Attarian, 2000; Avidan, 2002; Bazargan, 1996; Hauri, 1979; San Luis, 1993), debido a alteraciones en la función cerebral. Por supuesto, los factores sociales no dejan de participar: con el desarrollo de la sociedad industrializada, el habitante ciudadano promedio de la actualidad duerme, en promedio, 60 a 90 minutos menos que lo que dormía en 1910 (Aldrich, 1999).

Aun así, es **un prejuicio** considerar las dificultades de sueño una característica intrínseca de la vejez (Henderson et al., 1995; McCall, 1995; NSF, 1998). Si, como ya se mencionó, en los jóvenes es más común la dificultad para conciliar el sueño y en los ancianos es más frecuente la de mantenerlo (quienes, como bien se sabe, suelen acostarse y levantarse más temprano; véase Rosekind, 1992), esto quizá no se deba simplemente a un deterioro general en el funcionamiento del organismo o del sistema nervioso sino, más específicamente, a la existencia, en estos últimos, de ritmos circadianos de menor amplitud, esto es, de un reloj biológico más rápido en su funcionamiento (Chiesa y Golombek, 1999). Además, la capacidad para recuperar el sueño perdido parece depender de la etapa del desarrollo (Carskadon, Acebo y Seifer, 1998). Aun así, no deja de sorprender el hecho de que la comparación entre púberes de diferentes edades revela que la cantidad total de sueño por noche en horas es más o menos constante (alrededor de 9 horas), y que no parece reducirse conforme transcurre la adolescencia (Carskadon et al., citados por Cruz, 1999, noviembre 11).

Es necesario hacer notar que, sobre todo en estos últimos años, los adolescentes de la ciudad comienzan a ver su descanso afectado por las características de sus actividades: por razones tanto sociales como intelectuales, los jóvenes en edad escolar suelen acostarse 45 minutos más tarde, en promedio, que en etapas anteriores de su desarrollo, y en los días de cambio de horario escolar (horario de verano) padecen somnolencia a un nivel patológico, lo cual afecta no sólo su estado de alerta durante las clases, sino también su estado de ánimo y su comportamiento (Carskadon, citada por Cruz, 1999, noviembre 11). En Inglaterra, un estudio realizado por la Asociación de Directores de Secundaria [the Secondary Heads Association], la Asociación Profesional de Maestros [the Professional Association of Teachers] y la Sociedad de la Infancia [the Children's Society] encontró que el alumnado de 11-18 años de ese país se queja de debilidad, insomnio y pérdida del apetito debido a la presión de los exámenes (Russell, 2000, agosto 4).

Un cuestionario aplicado en Hong Kong a 3355 estudiantes de secundaria encontró 20.1% de casos de insomnio o angustia crónicos con una cronicidad de tres meses, y también que los que padecían este tipo de problemas de salud buscaban menos ayuda médica para resolverlos y necesitaban un mejor nivel de educación acerca de su salud mental (Lau, Yu, Cheung y Leung, 2000). Como los autores de este último trabajo no exploraron en su cuestionario las razones de los problemas para dormir de los adolescentes, no fue posible verificar la posibilidad de que se hayan debido a su situación escolar o a otros elementos académicos o sociales o incluso a los cambios hormonales propios de la edad.⁷²

En general, los trastornos de sueño más frecuentes en los adolescentes son el insomnio (en particular, la dificultad para conciliar el sueño) y la somnolencia diurna, las parasomnias son menos frecuentes y aparecen, en esa edad, los primeros síntomas de varios de los trastornos de sueño de la edad adulta (por ejemplo, la narcolepsia y el síndrome de las piernas inquietas). Pero en realidad es difícil calcular con precisión la frecuencia en ellos del insomnio, debido a todas las variables involucradas: el 12-14% de los adolescentes dicen tener síntomas frecuentes de insomnio, pero muchos más reportan síntomas menos frecuentes y muy a corto plazo. Los trastornos de despertar parcial (subclase de parasomnias que ocurren durante un despertar parcial del SOL y que incluyen el sonambulismo, la enuresis nocturna y los terrores nocturnos) tienen que ver también con el desarrollo: su frecuencia es mayor en la infancia y se reduce notoriamente en la adolescencia (los terrores nocturnos se presentan en menos de 1% de los adolescentes, la enuresis nocturna en alrededor del 3% y la frecuencia del sonambulismo presenta picos alrededor de los 12 años, pero decrece notablemente al final de la adolescencia) (Manber, 1993).⁷³

⁷² De la misma manera, no puede decirse que la mayor parte de los accidentes automovilísticos en los que una persona de 25 años o menos es el conductor se deban a sueño insuficiente o a algún trastorno de sueño. Tampoco es fácil confirmar que la dificultad de los adolescentes y, en general, de los estudiantes universitarios jóvenes para levantarse en las mañanas se deba principal o únicamente a sus nuevos horarios de actividades o a los fuertes cambios hormonales de su organismo: quizá también es la manifestación de una conducta de oposición y una forma de mantener un control sobre el medio (Ferber, 1990). Es necesario corroborar el peso de éstas y otras variables, como la ingestión de sustancias psicoactivas (muchas de ellas adictivas), y la posibilidad de una combinación de todos estos factores.

⁷³ Según el propio Manber, la presencia de estos tres trastornos de sueño a finales de la adolescencia y en la edad adulta suele estar asociada con condiciones psicológicas y otros problemas médicos, como los ataques nocturnos y la apnea de sueño.

Asimismo, en las adolescentes (sexo femenino) hay, comparadas con su contraparte masculina, una frecuencia especialmente marcada de sueños perturbadores y un recuerdo frecuente de tales sueños, que tiene que ver con síntomas patológicos de ansiedad como rasgo (*trait anxiety*): la evidencia de una mayor cantidad de síntomas del trastorno de ansiedad excesiva (*overanxious disorder*, en inglés) entre las adolescentes con sueños perturbadores frecuentes sugiere que esta forma de ansiedad puede explicar parcialmente la diferencia observada entre los sexos en cuanto a la prevalencia de sueños perturbadores (Nielsen et al., 2000). Más adelante se analizan, sin embargo, las razones por las que el dormir puede perturbarse, y de hecho así sucede, con más frecuencia entre las mujeres que entre los hombres.

**Si no puedes dormir, levántate y haz algo en vez de quedarte allí preocupándote.
Es la preocupación la que te daña, no la falta de sueño.**

Dale Carnegie, escritor estadounidense (1888-1955).

7. Las causas

La presente investigación queda inscrita dentro del ámbito de la **etiología**. En primer lugar, debe recordarse que existe una gran heterogeneidad en el grupo general de los trastornos de sueño. Hopson (1986) clasificó, por ejemplo, los factores que contribuyen a la aparición del insomnio crónico en por lo menos cuatro grupos de circunstancias, que se mezclan de un modo particular en cada paciente: predisposiciones biológicas y psicológicas subyacentes, el consumo de fármacos y alcohol, ambientes perturbadores y malos hábitos y, por último, un condicionamiento negativo. Más recientemente, la lista se ha estado presentando de manera más acabada: entre otras, se añade la idea de una ganancia secundaria asociada al insomnio: quizá el insomnio resulta de utilidad a algunas personas para relacionarse con otras (Lavie, 1996/1997).⁷⁴

Según las primeras clasificaciones etiológicas del insomnio y otros trastornos del dormir, que consideraban únicamente su origen, el insomnio podía entrar en una de las siguientes categorías (una clasificación meramente informal, no diagnóstica; véase Wheatley, 1986):

a) **físico**: por los síntomas que provocan, algunas enfermedades orgánicas impiden que el paciente duerma (véanse más arriba, en la sección concerniente a las clasificaciones, otros ejemplos de este grupo): enfermedades neurológicas como algunas demencias, los trastornos diencefálicos y del tallo cerebral, la epilepsia, las neuropatías y la enfermedad de Parkinson; otras enfermedades o síntomas orgánicos, como la enfermedad prostática, la nocturia, el dolor, las infecciones gastrointestinales, la dispepsia, la tos, la inmovilidad, las tensiones musculares, la interrupción de la respiración durante el sueño,⁷⁵ las alergias o el hipotiroidismo (en general, después de una cirugía ortopédica, vascular o abdominal, el insomnio es muy frecuente; Aldrich, 1999; Beydon et al., 1994; Magnusson y Gislason, 1999);⁷⁶

⁷⁴ El insomnio como pretexto para comer botanas en la noche o para ver la televisión; el insomnio como sinónimo falso (para quien lo padece) de tiempo libre, considerando que en esos momentos no tiene que trabajar. Para una persona, el insomnio puede ayudar a completar la imagen que pretende dar de sí misma como adulto dependiente, como niño enfermizo; para otra, el insomnio puede ser la mejor excusa para evitar tener relaciones sexuales con su pareja (Aldrich, 1999).

⁷⁵ Se trata de la apnea del sueño, trastorno que ya se mencionó arriba. Según estudios elaborados en diferentes países, se presentan más casos de personas con este síndrome que sin él en los accidentes de carretera (Lavie, 1996/1997).

⁷⁶ Los estados febriles pueden provocar episodios de sonambulismo (Alonso, 2001) y, de hecho, la lista de las enfermedades orgánicas que pueden generar o contribuir a que se generen perturbaciones en el dormir es prácticamente infinita: acromegalia, rinitis alérgica, anemia, artritis, enfermedades pulmonares crónicas, falla renal crónica, síndrome de Cushing, cistitis, reflujo gastroesofágico, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica, uropatía obstructiva y otras (Aldrich, 1999).

b) **fisiológico:** alteraciones del ciclo sueño-vigilia debidas a horarios nocturnos de trabajo y a factores externos: por ejemplo, la labor de los porteros y vigilantes, las luces y el ruido; aquí podrían quedar incluidos los trastornos del ritmo circadiano y, también, los profundos cambios fisiológicos (en secreciones endocrinas) propios de la pubertad, que conllevan aumentos en el estrés debido a las mayores demandas de la madurez (Manber, 1993);

c) **psicológico:** alteraciones emocionales que, por constituir sucesos benéficos o adversos para el individuo, como el enamoramiento o las preocupaciones importantes, prolongan la actividad mental durante la noche; aquí se incluyen especialmente casos como la tortura (que en los últimos años parece alcanzar proporciones epidémicas en todo el mundo; algunas de sus consecuencias psicológicas más comunes son el insomnio, las pesadillas, la pérdida selectiva de la memoria y las dificultades en la concentración; Chowdhury, 2000), algunas circunstancias del adiestramiento militar (Aranda, 2001, junio 18), la violencia familiar (Viloria Varela, citada por Gómez, 2001, septiembre 24).⁷⁷ factores sociales (el aislamiento, la pérdida de las actividades programadas y las siestas frecuentes, al igual que eventos novedosos en la vida que, considerados positivos por el individuo, pueden resultarle estresantes, como un ascenso en el trabajo, el matrimonio; experimentalmente, sujetos a quienes se les pidió dar una plática poco después de despertar tuvieron un sueño intranquilo; Aldrich, 1999) y, por supuesto, las consecuencias psicológicas (cambios emocionales intensos, aumento en el estrés psicológico) de los cambios fisiológicos del organismo y de las mayores demandas que implica la madurez para la adolescencia (Manber, 1993);

d) **psiquiátrico:** la perturbación del sueño como un trastorno secundario a estados de angustia, de depresión,⁷⁸ a un trastorno de ansiedad, a un trastorno disociativo, a un trastorno obsesivo-compulsivo o a enfermedades psicóticas, especialmente la manía (Aldrich, 1999; Bourdet y Goldenberg, 1994; Dörr-Zegers, 2000; Lemke, Puhl y Broderick, 1999; Stepanski, 1993);

⁷⁷ La violencia familiar provoca la pérdida de 1 de cada 5 días de vida saludable de toda la población mundial (estudios del Banco Mundial, citados por Viloria Varela, citada a su vez por Gómez, 2001, septiembre 24).

⁷⁸ Y, dado que 60% de los suicidios están relacionados con la depresión, y en México el grupo de edad de entre 15 y 19 años es el que presenta una mayor incidencia de suicidios, las políticas nacionales de salud deben contemplar la correlación adolescencia-insomnio-depresión-suicidio con más atención (Gómez y Román, 2001, septiembre 20).

e) **iatrogénico o farmacológico:**⁷⁹ fármacos estimulantes como la cocaína, la teoflina (broncodilatador y diurético) y las anfetaminas (anoréxico); otros diuréticos; broncodilatadores como la dihidroxipropilteofilina (antiasmático); algunos bloqueadores beta-adrenérgicos, como la efedrina (antiasmático, también); algunos anticonvulsivos, como el felbamato y la lamotrigina; algunos antidepresivos (la fluvoxamina y algunos inhibidores selectivos de la captación de serotonina, como la imipramina; algunos de los inhibidores de la monoaminoxidasa); antiinflamatorios como la prednisona (corticosteroide, antiinflamatorio y antialérgico), y glucocorticoides como la prednisolona pueden generar insomnio crónico; la suspensión de sedantes y antipsicóticos (neurolepticos como la tioridazina) o de agentes antimuscarínicos, la deficiencia de magnesio, la abstinencia a la metadona o la aplicación de un tratamiento hormonal, las reacciones individuales a otros medicamentos y las reacciones tóxicas al alcohol, a la fenitoína (antiepiléptico y antiarrítmico) y al monóxido de carbono pueden explicar también su aparición; la administración de hipnóticos benzodiazepínicos⁸⁰ a aquellos a quienes se les diagnosticó insomnio, a quienes simplemente duermen mal o aun a sujetos asintomáticos puede provocar insomnio, como efecto de rebote; el consumo indiscriminado de hipnóticos en alguien que se queja de dificultades para dormir o incluso el desconocimiento de sus efectos secundarios por parte del propio médico pueden generar tolerancia y, con el tiempo, síntomas de abstinencia ante su suspensión, señal de que se trata de un caso de adicción al propio medicamento (Lavie, 1996/1997);⁸¹

⁷⁹ Es en la adolescencia cuando suelen adquirirse los hábitos de consumo que trastornan, como adicciones, la salud de la vida adulta: excitantes para luchar contra el sueño e hipnóticos o tranquilizantes para conciliarlo (Kreiser, 1981/1985).

⁸⁰ Se asocian, frecuentemente, con insomnio inicial y con angustia diurna durante la administración del medicamento, y con insomnio de rebote después de su suspensión. O'Connor, Belanger, Marchand, Dupuis, Elie y Boyer (1999) encontraron una asociación entre niveles altos de neurosis, un nivel de escolaridad bajo y una calidad de vida también baja, por un lado, y niveles altos de angustia durante la suspensión de benzodiazepinas. El efecto es más frecuente e intenso si se usa triazolam (Kales y Vgontzas, 1992), medicamento prohibido desde 1988 en Gran Bretaña porque suscita pérdida de la memoria, problemas de concentración y comportamientos irracionales (se acusa a las benzodiazepinas de inducir conductas criminales); además, genera intolerancia, dependencia, irritabilidad, un menor rendimiento en la ejecución de tareas (riesgo de accidentes automovilísticos), empobrecimiento de la arquitectura del sueño (se pierde sueño de ondas lentas), enrarecimiento del sueño paradójico y aparición de fenómenos de rebote (Sari, 2000). En palabras de Joël Adrien, director de investigaciones en el INSERM, Unidad de Neuropsicofarmacología Molecular, Celular y Funcional, La Pitié-Salpêtrière, París (citado por Sari, 2000), "el problema con los somníferos actuales es que, en lugar de estimular el sueño, frenan la vigilia."

⁸¹ En general, siempre que se suspenda un somnífero, es de esperarse que aparezca un insomnio de tipo medicamentoso (Attarian, 2000; Breckwoldt, Keck y Karck, 1995; Charney, Heninger y Kleber, 1986; Dilsaver, 1988; Dilsaver y Coffman, 1988; Gillin, Spinweber y Johnson, 1989; Popovicu, Corfariu, Făgărășeanu, Kollib y Bagathai, 1987; Remick, Froese y Keller, 1989; San Luis, 1993; Sovner, 1995). Por supuesto, el insomnio es muy común entre las personas que se han vuelto adictas a fármacos diversos, tanto de los ilegales como de aquellos cuya venta está autorizada.

f) **idopático o primario:** véase más arriba (en la sección referente a "Los insomnios y otros trastornos de sueño", en la página 29) la explicación referente a este trastorno.

Autores como Lader (1983) incluyeron, en esta última categoría, los hábitos defectuosos en el dormir y las expectativas poco realistas de aquellos individuos que, por ignorar que las necesidades de sueño varían de persona a persona y de edad a edad, no pueden dormir bien.⁸² Entre las causas no sólo del insomnio, sino de las dificultades para dormir en general, pudo añadirse también la falta de ejercicio como una práctica consuetudinaria (Bazargan, 1996; Everitt, Avorn y Baker, 1990). Parkes y Lock (1989) afirmaron, igualmente, que hay un insomnio de tipo familiar fatal, pero reconocieron la necesidad de avanzar en la identificación de las deficiencias bioquímicas específicas e incluso de los sitios cromosómicos involucrados en ese trastorno.⁸³

Se sabe, por lo que se ha observado, que el insomnio es común cuando un individuo pasa de un estado de depresión a uno de manía, y no en el sentido contrario (Hetta, Rimon y Almqvist, 1985).

La frecuencia del mal sueño nocturno es mucho menor que la de la somnolencia diurna. Por consiguiente, hay otros factores en juego: principalmente, la privación crónica de sueño por una reducción en el tiempo total de sueño, la irregularidad en los horarios de trabajo y de descanso, que puede debilitar a su vez los ritmos biológicos subyacentes (el caso, por ejemplo, de los adolescentes que trabajan más de 20 horas a la semana) (Manber, 1993).

⁸² La privación de sueño se menciona entre los factores que pueden provocar estados de sonambulismo (Alonso, 2001).

⁸³ Aunque no se ha demostrado claramente que tenga un origen genético, en numerosas ocasiones se han descrito antecedentes familiares en los individuos con sonambulismo: en el 80% de los casos estudiados, si uno de los padres es sonámbulo, la probabilidad de que el hijo también lo sea es seis veces superior a la normal; además, el 40% de los sonámbulos han reconocido que dos o tres parientes suyos también lo han sido (Alonso, 2001). Emmanuel Mignot y su equipo descubrieron, en diciembre de 1999, una mutación genética responsable de la narcolepsia en los perros, pero la información con que se cuenta respecto a este problema en los seres humanos es contradictoria (se plantea la posibilidad de que sea una enfermedad autoinmune) y la forma genética de este trastorno es muy rara (3% de la población francesa, por ejemplo) (Chambon, 2000).

Puede decirse, en resumen, que el insomnio llega a volverse crónico gracias a la conjunción de tres tipos de factores: de predisposición, precipitantes y perpetuantes (Aldrich, 1999). La importancia de tener presente esta larga lista de factores generadores de insomnio o de dificultades para dormir radica en el hecho de que “normalmente los médicos no tienen entrenamiento en el área de la salud del sueño” y, en consecuencia, “lo tratan como un problema único, independientemente de la causa que lo esté determinando” (Reyes Haro Valencia, entrevistado por Rosas, 2000, febrero 8).⁸⁴

Varios factores pueden precipitar y/o mantener los trastornos de sueño en los niños y adolescentes: entre otros, los eventos estresantes en la vida (mudarse de hogar o de escuela, cambiar de año escolar, peleas entre los padres o su divorcio, abuso físico o sexual, muerte de un pariente o un nacimiento en la familia), las reacciones de los padres, asuntos relacionados con la unión o separación de éstos, las normas culturales, problemas fisiológicos o médicos en general y varios trastornos psicopatológicos (asma, epilepsia, retraso mental, dolor crónico, fiebre, problemas gastrointestinales). También, el no aprender a dormir en un cuarto diferente al de los padres (debido, por lo general, a que los padres no establecen claramente los límites; o el que los padres definan de diferentes maneras la independencia de los hijos, en función del sexo y la edad de cada uno de ellos

⁸⁴ Muchos autores han encontrado una lista pequeña de factores causales que, en conjunto, constituyen lo que consideran la explicación más probable del origen de la somnolencia diurna: la privación de sueño (puede deberse a una cantidad insuficiente de horas de sueño), la fragmentación del sueño, la edad y los horarios irregulares en el dormir (véase, por ejemplo, Reséndiz García, 1998).

8. ¿Tres tipos de insomnio?

El sueño de un individuo con insomnio persistente o crónico puede presentar una o más de las siguientes características (Wheatley, 1986):

- a) Una latencia de sueño prolongada (el llamado *insomnio inicial* o *insomnio de inicio de sueño*). El individuo tarda mucho tiempo en quedarse dormido⁸⁵ y se queja de no poder conciliar el sueño (como criterio general, se considera insomne aquella noche en que la persona tarda más de media hora en quedarse dormida). De los adultos entrevistados por teléfono para la citada encuesta Gallup que reconocieron tener dificultades en el dormir, 20% dijeron tener este tipo particular de problema muy a menudo.
- b) Uno o dos periodos largos o varios periodos cortos de vigilia por las noches (el denominado *insomnio intermedio* o *insomnio del mantenimiento del sueño*). La persona puede llegar a despertarse a medianoche, durante lapsos de una o dos horas, con o sin dificultades adicionales para volver a quedarse dormida, o despertarse con frecuencia a lo largo de la noche (más de dos veces) y dormir sólo durante periodos relativamente cortos. En la encuesta Gallup,⁸⁶ 25% de los adultos con dificultades para dormir con frecuencia debido a dificultades respiratorias que provocan ronquidos, pero no solamente (Kayukawa et al., 2000), corresponden a este tipo de insomnio.

⁸⁵ La latencia de sueño se define, siempre en las noches de registro de sueño en un laboratorio, como aquel periodo que va "desde el momento en que se apagan las luces hasta que aparecen, en su registro, los primeros diez minutos de etapa 2 de sueño, interrumpida hasta por dos minutos, y no más, de vigilia o etapa 1." Véase el glosario de términos relacionados con el dormir publicado, en inglés, por los NIH en la página WWW citada en una de las notas anteriores. El autor de estas líneas incluye, en el Apéndice C de este trabajo, su propuesta para una versión al español, a la que se añadieron los términos de otro glosario.

⁸⁶ Considérense las siguientes definiciones de *despertar(es)*: 1) "Periodos contiguos de vigilia registrados durante menos de 10 segundos de sueño" (Rechtschaffen y Kales, 1968); 2) "Cualquier cambio en la frecuencia EEG a alfa o theta durante por lo menos segundo y medio, acompañada o no de un cambio en el EMG submentoniano durante el sueño no MOR, pero siempre con un aumento de un segundo y medio en la amplitud del EMG submentoniano durante el sueño MOR" (definición de la ASDA, citada por Mathur y Douglas, 1995), y 3) "Cualquier cambio en la frecuencia EEG a alfa o theta durante por lo menos un segundo y medio, acompañada por un aumento en el EMG submentoniano, aunque sea breve" (Cheshire, Engleman, Deary, Shapiro y Douglas, 1992). Es posible que se presenten despertares clínicamente significativos en ausencia de un cambio visible en el EEG (Mathur y Douglas, 1995). Por razones terminológicas nada secundarias, es necesario distinguir *despertar* de *arousal*, cuyo equivalente en español puede ser *excitación* o *estado de alerta*: "Cambio brusco desde el sueño profundo a una fase más superficial, que puede conducir o no a un despertar." (<http://personal.redestb.es/cros/diccion.htm>)

- c) La interrupción brusca del sueño por la madrugada, a veces sin la posibilidad de conciliarlo nuevamente (el *insomnio terminal* o *insomnio retrasado*, es decir, los despertares en las primeras horas de la mañana). En este caso (25% de los adultos que manifestaron dificultades para dormir en la encuesta Gallup) se registra un tiempo total de sueño muy breve, después de haber despertado la persona quizá en alguna ocasión durante la noche, o después de haber tenido dificultades para conciliar el sueño.

Debido a que estas tres dificultades suelen presentarse juntas (dos de ellas o las tres), y no de manera aislada, no es posible delimitar, con su ayuda, tres grupos diferentes de personas: la definición se perfecciona si se incluye la idea del estudio longitudinal realizado por Hohagen y su equipo (1994) en pacientes con problemas de sueño, en el sentido de que tanto la definición de la ASDA (1990) como la del DSM-III (APA, 1980/1984) implican, comparadas con otras definiciones, la posibilidad o, mejor aún, el hecho de que las tres diferentes manifestaciones del insomnio recién mencionadas (la dificultad para conciliar el sueño, la dificultad para mantenerlo y el despertar antes de lo esperado) presenten **baja estabilidad en el transcurso de cuatro meses**.

Así, todo estudio transversal que suponga la permanencia de un mismo subtipo de insomnio en ese mismo lapso o aun en otro mayor puede conducir a conclusiones equivocadas. Los individuos cuyo trastorno fue clasificado alguna vez como insomnio inicial pueden pasar a formar parte, más tarde, del insomnio terminal.

Por otro lado, Mathur y Douglas (1995) han encontrado muy altas frecuencias de despertares en estudios PSG de rutina en la población normal, lo que debe obligarnos a interpretar la aparición de este síntoma específico con extrema precaución.

Cuando puedes comprender el desarrollo general de un asunto, omítes los detalles menores. Sin embargo, estos detalles menores son de gran importancia.

El *Hagakure* ("oculto en las hojas") o *Libro del samurai*, compilación filosofía zen y confucianismo publicada en 1716 a partir de las conversaciones informales de Yamamoto Tsunemoto, samurai japonés (1659-1719) con el burócrata Nabeshima Motoshige, quien soñaba en los tiempos de guerra que no le tocó vivir.

El sutra budista de la conciencia habla acerca de la meditación sobre el cuerpo:
medita en la descomposición del cuerpo, cómo el cuerpo se vuelve túrgido
y se pone violeta, cómo se lo comen los gusanos hasta que
sólo partículas de sangre y carne cuelgan de los huesos;
medita hasta el punto en el que sólo quedan huesos blancos,
los que a su vez son desintegrados lentamente y convertidos en polvo.
Medita así, sabiendo que tu propio cuerpo pasará por el mismo proceso.
Medita sobre el cuerpo hasta que estés en calma y en paz,
hasta que sientas que tu mente y tu corazón están ligeros y tranquilos y una sonrisa
aparezca en tu rostro.
Así, superando la repulsión y el miedo, verás la vida infinitamente preciosa, y cada
segundo de ella valdrá la pena vivirlo.

Thich Nhat Hanh, monje budista vietnamita (1926-): *Meditation on the Corpse*
[*Meditación sobre el cuerpo*]

9. Los que duermen bien y los que duermen mal: algunos postulados teóricos

Comparada con la de sujetos sin problemas de sueño, la fisiología general de los individuos con insomnio se caracteriza por un aumento en la temperatura rectal, en la frecuencia cardíaca y en la resistencia galvánica de la piel y, también, por vasoconstricciones fásicas media hora antes del sueño y durante el mismo. Sin embargo, estos datos de Monroe (1967) no han podido confirmarse en otros estudios (Stepanski et al., 1989). En los momentos previos al inicio del sueño de las personas con insomnio, se observa un aumento en la actividad EMG registrada en la frente, un aumento en la frecuencia cardíaca y en la temperatura registrada digitalmente, y un aumento y disminución en las frecuencias beta y alfa, respectivamente, del PSG (Freedman, 1986; Freedman y Sattler, 1982). La aparición de actividad alfa durante el sueño de personas con insomnio (y, también, en personas sin insomnio) ha sido interpretada por algunos como señal de un sueño menos profundo y menos reparador, pero otros han visto una correlación entre ésta y una incapacidad significativa para percibir la duración de sus despertares durante la noche (Schneider-Helmert y Kumar, 1995). También se ha visto, en algunos pacientes con insomnio inicial, un retraso en los ritmos de la temperatura corporal central; se cree, por ello, que una alteración heredada o adquirida de la fisiología circadiana puede contribuir al insomnio, aunque la explicación bien puede ser la contraria (a saber, que el insomnio esté generando dicha alteración; véase Aldrich, 1999).

Otros autores han registrado, en quienes dicen dormir poco o mal (*poor sleepers*, en inglés), un aumento en la secreción de corticosteroides y adrenalina (Adam, Tomeny y Oswald, 1986; Bonnet y Arand, 2001; Johns, Gay, Masterton y Bruce, 1971).⁸⁷ Pero estos hallazgos tampoco se han verificado más recientemente (Frankel, Buchbinder, Coursey y Snyder, 1973).

⁸⁷ Véase el artículo "Heart rate variability in insomniacs and matched normal sleepers running head: Heart rate variability in insomniacs", en: <http://www.angelfire.com/journal/sleeplab/papers/hrvin.html>).

Sí ha podido confirmarse, en cambio, que los que no duermen presentan un aumento significativo en el uso de oxígeno durante el día y la noche: Bonnet y Arand (1995a) hallaron un volumen de oxígeno corporal total consistentemente elevado, durante el día y durante la noche, en personas con insomnio, y que el aumento nocturno en la tasa metabólica continúa aun después de eliminar valores metabólicos durante periodos nocturnos con más vigilia o despertares. En conclusión, los pacientes que dicen tener insomnio crónico pueden presentar un trastorno más general de *hiperexcitación o hiperalerta (hyperarousal, en inglés)*, medida a través de un aumento en la tasa metabólica en un periodo de 24 horas, que quizá explique los síntomas diurnos y el mal sueño nocturno. Por su parte, los que duermen bien (*good sleepers, en inglés*) muestran durante la noche una menor actividad motriz, registrada durante 72 horas mediante actigrafía⁸⁸ (Lemke et al., 1999).

Entre otros, Gillin, Duncan, Pettigrew, Frankel y Snyder (1979) ya habían encontrado, al comparar los registros PSG durante el sueño de sujetos deprimidos con sujetos con insomnio y sin insomnio, que el sueño de los primeros es diferente, sobre todo en siete de las variables estudiadas por ellos, pues se caracteriza por:

- a) un mayor tiempo total de registro
- b) un menor tiempo total de sueño
- c) una menor eficiencia de sueño (la proporción entre el tiempo transcurrido en la cama y el tiempo total de sueño)
- d) una mayor latencia de sueño
- e) un mayor tiempo de vigilia
- f) una menor duración del sueño MOR y
- g) un menor porcentaje de sueño MOR

⁸⁸ Técnica desarrollada recientemente para el registro de la actividad durante la vigilia y el sueño sin necesidad de electrodos, basada en el uso de un acelerómetro miniaturizado que transforma el movimiento físico en una representación numérica, la cual es muestreada con una frecuencia de décadas de segundo y agregada a un intervalo constante, que suele denominarse *época*. Aunque no puede discriminar las fases de sueño, puede servir para valorar trastornos específicos del dormir (insomnio, alteraciones en el horario) y para estimar con validez el sueño y su calidad y la vigilia. Se coloca un actígrafo (aproximadamente del tamaño de un reloj) en la muñeca, que consta de un detector de movimiento y una memoria considerable, para poder registrar los datos de presencia o ausencia de movimiento, graficados contra el tiempo durante una o dos semanas. El paciente puede traerlo puesto durante toda la noche y también durante sus actividades cotidianas de rutina. La actigrafía es ideal para una revisión amplia del ciclo sueño-vigilia, por su comodidad y porque los pacientes la aceptan fácilmente. Puede usarse para complementar la información obtenida con los diarios de sueño [*sleep logs*] y para evaluar quejas poco comunes, como: "No he podido dormir durante varias noches" (tomado, con cambios, de Attarian, 2000, y Reséndiz García, 1998).

Gracias a estas comparaciones se descubrió una menor duración de sueño delta (concretamente, etapa 4) y una menor latencia de sueño MOR en los sujetos con insomnio. Estos autores afirman que, por consiguiente, pueden describirse mejor los trastornos de sueño a través de una combinación de anormalidades en distintas variables del sueño, lo que no se consigue a través de una sola anormalidad patognomónica (una mayor latencia de sueño, por ejemplo; Gillin et al., 1979). De la lista anterior, la latencia y la eficiencia del sueño se consideran las más útiles para distinguir a los que padecen insomnio de los que duermen bien, aunque el número de despertares y la duración del sueño también pueden diferir en ambos (Pace-Schott, Kaji, Stickgold y Hobson, 1994).

Por el contrario, Bonnet y Arand (1995a) descubrieron que las personas con insomnio presentan un mayor tiempo de vigilia durante la noche, "pero también una reducción en la etapa 2 y en el sueño MOR". A pesar de todo, los datos promedio que caracterizan el PSG de individuos con y sin insomnio pueden coincidir: muchos de aquellos que no se quejan ni de la cantidad ni de la calidad de sus noches presentan un perfil PSG propio del insomnio (Rosekind, 1992), lo cual significa que el registro PSG no es suficiente como criterio definitorio de este trastorno.

No obstante, como la diferencia entre individuos con y sin insomnio en cuanto a dicho error subjetivo (la estimación de una mayor latencia de inicio de sueño) a veces no resulta estadísticamente significativa, sobre todo si se la expresa como un porcentaje de la latencia promedio real de un grupo de sujetos, algunos autores han sugerido (por ejemplo, Espie y sus colaboradores, citados por Pace-Schott et al., 1994) que dicha sobreestimación puede verse influida por "una dificultad intrínsecamente mayor para calcular los periodos más prolongados".⁸⁹

⁸⁹ Fernández-Guardiola expresa así, en uno de sus escritos sobre la percepción del tiempo (1998b), lo que ocurre con una persona que no padece insomnio: "Si se despierta a un sujeto a diversas horas, desde el inicio del sueño hasta poco antes del despertar espontáneo, y se le pregunta qué hora es, sorprende la exactitud con que puede responder: el error promedio no pasa de 40 minutos."

Se postula que existe, en la evolución de este trastorno, una tendencia a la **hiperexcitación fisiológica** (una mayor actividad autónoma y una mayor activación fisiológica, que se manifiestan por un aumento tanto en la conductancia cutánea, es decir, en la llamada respuesta galvánica de la piel, como en la frecuencia cardíaca, en la temperatura corporal, en la tasa metabólica y en la tensión muscular). La actividad fisiológica puede verse exacerbada por factores quizá relacionados con el insomnio: un trastorno de la personalidad, los movimientos periódicos de las piernas y otros (Monroe, 1967; Stepanski, Zorick, Roehrs, Young y Roth, 1988). Esta mayor excitación fisiológica quizá provoca un aumento en las tasas metabólicas del organismo, fatiga, disforia y, por lo tanto, problemas para dormir (Bonnet y Arand, 1995a; Bonnet y Arand, 2001; Lichstein et al., 1994).⁹⁰

No obstante, se trata de una hipótesis que aún no se ha confirmado experimentalmente. Se ha intentado incluso sustituirla por la **teoría de la excitación cognoscitiva**, que considera que una gran actividad mental al acostarse y las dificultades para concentrar la atención en el reposo del cuerpo o en sensaciones corporales agradables son, entre otras manifestaciones, las posibles causas de este problema de salud (Aluja y Farre, 1986; Borkovec, 1982; Coren, 1988; Lichstein y Rosenthal, 1980; Rosekind, 1992),⁹¹ pues las imágenes y la actividad cognoscitiva que desarrollan, antes de dormir, personas con insomnio inicial suelen ser precisas, pues se centran sobre todo en preocupaciones, problemas específicos y en los ruidos ambientales, en la imposibilidad de dormir y en lo que les ocurrió durante el día, y quizá dicha actividad los mantiene más ocupados o distraídos, está menos controlada por la voluntad, es más duradera y les genera más problemas para dormir. Esto en comparación con la que se registra en personas que no presentan estos problemas (Harvey, 2000).

Los individuos con insomnio han presentado un puntaje ligeramente menor en pruebas de memoria a corto plazo con palabras, y aún menor en pruebas de búsqueda de una sola letra. Estas personas dicen sentir, además, mucho mayor confusión, tensión y depresión que las que no lo padecen, y menos vigor (Bonnet y Arand, 1995a).

⁹⁰ En cambio, aquellos sujetos sin insomnio a quienes se les induce experimentalmente esta dificultad muestran una menor latencia MSLT, una menor temperatura corporal, una menor tasa metabólica en las mañanas y una menor tensión muscular, lo cual hace pensar en la existencia, en las personas con insomnio "espontáneo" (no inducido experimentalmente), de niveles preexistentes de activación fisiológica: al administrar cafeína a personas sin insomnio, los cambios metabólicos y los valores MSLT se asemejan a los de las personas con insomnio crónico (Aldrich, 1999).

⁹¹ Es pertinente recordar que "el sueño es un acto pasivo, natural, y que no debe buscarse", a fin de evitar mayor estrés y ansiedad y, por tanto, mayores dificultades para conciliar el sueño (San Luis, 1993).

Algunas propuestas psicodinámicas trabajan con la idea de que los que padecen insomnio crónico parecen ajustarse a un perfil de personalidad específico (*personality configurations*, en términos de Healey et al., 1981), que se caracteriza no por la agresión o el acting out,⁹² sino por una internalización de emociones (o de perturbaciones psicológicas), lo que quizá da origen a un estado de excitación emocional persistente, con la consecuente activación fisiológica antes y durante el sueño (Hauri, 1981; Monroe, 1967).⁹³ Pero en realidad aún no está claro, a pesar de las investigaciones realizadas hasta la fecha, si estas diferencias de personalidad son la causa o la consecuencia de los problemas para dormir: aunque muchas personas con graves depresiones o trastornos de ansiedad muestran perturbaciones en el dormir, la mayor parte de los pacientes con insomnio no tienen un trastorno psiquiátrico (Stepanski, 1993). En la medicina oriental se están estudiando las características del funcionamiento psicosomático de un tipo de personalidad aparentemente afin a la ansiedad, que puede ser la explicación de una salud enfermiza (Takeichi, Sato y Takefu, 1999).

⁹² Llámase así, especialmente en psicoanálisis, a la expresión directa, en acciones o conductas abiertas, más que en palabras (en particular negativas o impulsivas, es decir neuróticas), de impulsos, conflictos o emociones reprimidos o inconscientes (sentimientos de hostilidad o de amor, por ejemplo) que antes habían sido inhibidos, expresión que se efectúa sin tener conciencia ni *insight* de dicha expresión ni de su significado. Tales acciones pueden ser perjudiciales o, en situaciones bajo control, saludables o terapéuticas. En este último caso el término se aplica con una connotación neutra o incluso positiva. También se refiere a aquella manera de afrontar los conflictos o las angustias en la que el individuo hace uso de actos y no de reflexiones o sentimientos (Frazier et al., 1976; Gámez, 1978; Reber, 1995; Smith, Bradley, Carlos, Rodríguez y Parrondo, 1993; *Webster's Third New International Dictionary*, 1986).

⁹³ Muy semejante a lo que caracteriza a los individuos con personalidad tipo A. Estas personas, ya sea por una predisposición genética o por las experiencias de su infancia, muestran un sistema nervioso autónomo muy sensible (una alta reactividad simpática) cuando se ven amenazados y reaccionan excesivamente ante el estrés (incluso si están anestesiados), se esfuerzan por lograr mucho en poco tiempo (sensación de impaciencia y urgencia) o contra muchos obstáculos, aparentan ser agresivos u hostiles, son ambiciosos y compiten contra otros, ignoran la fatiga al presionarse y su ritmo de actividad es rápido (se apresuran aunque no sea necesario, relajarse les parece una pérdida de tiempo y muy pocas veces lo hacen, y su discurso es acelerado, fuerte y explosivo) (véanse Amar, 1978, p. 183, y Davidoff, 1987/1989, pp. 412-413).

Con el uso del sistema de evaluación multiaxial del DSM-III y a pesar de lo controvertido de los datos hasta aquí mencionados, se ha observado, en 85% de los sujetos con queja primaria de insomnio, una elevación notablemente homogénea en los puntajes de algunas escalas específicas del MMPI, hasta un nivel o grado patológico: depresión neurótica, rumiación obsesiva,⁹⁴ psicastenia, histeria, angustia crónica, inhibición de las emociones e incapacidad para descargarse la agresión (Bonnet y Arand, 1995a; Kales y Vgontzas, 1992; Soldatos y Kales, 1982).

En pacientes con insomnio crónico también se ha descubierto una frecuencia alta de **síntomas y/o trastornos psiquiátricos** y de **patrones internalizados de angustia** (la cual se manifiesta a través de características como: aprehensión crónica, rumiación obsesiva, miedos múltiples), una depresión que los pacientes no suelen reconocer, obsesión-compulsividad, fobia y preocupaciones somáticas excesivas (Bazargan, 1996; Ohayon, Cault y Lemoine, 1998; Tan, Kales, Kales, Soldatos y Bixler, 1984). Desde los años setenta del siglo recién terminado ya se había planteado la posibilidad de una propensión común en las personas con insomnio a evitar la estimulación o incluso a disminuirla, lo que podría revelar una "debilidad" en su sistema nervioso (Hauri, 1979). Hay incluso una definición de *insomnio* en función de esta consideración: el insomnio como "estado normal y espontáneo, fácilmente reversible, de reducción de la respuesta del organismo a la estimulación externa. En contraposición, la *vigilia* podría caracterizarse por un "aumento en la eficiencia y sensibilidad de la respuesta a la estimulación externa" (<http://www.geocities.com/insomnio6969/Insomnio.html>).⁹⁵

⁹⁴ Éste es tal vez el equivalente español más aproximado del inglés *rumination*. Se define como la preocupación obsesiva por una idea simple o por un sistema de ideas (Lapedes, 1974, p. 1284) o como el estado de ansiedad transitoria en el que el paciente se ve asaltado por una duda, frase, imagen, aire musical, etcétera, que lo priva hasta del sueño (*Diccionario terminológico de ciencias médicas*, 1976, p. 615).

⁹⁵ Hay muchas otras ideas acerca de los rasgos de personalidad de los que tienen predisposición al insomnio crónico: William Herbert Sheldon, uno de los representantes clásicos de la psicología constitucional, propuso, a la manera de las teorías griegas de la Antigüedad (Aristóteles, Hipócrates), la existencia de tres componentes primarios para entender las variaciones en el físico (endomorfia, mesomorfia y ectomorfia), tres componentes físicos secundarios (displasia, ginandromorfia y aspecto de la textura) y tres componentes primarios del temperamento (viscerotonía, somatotonía y cerebrotonía). Observó que los tres componentes primarios del físico están íntimamente relacionados con los temperamentales. En particular, un individuo con un índice alto en cerebrotonía tiende a ser una persona reservada, inhibida, con deseos de esconderse, de apariencia joven, temeroso de la gente y prefiere permanecer en pequeñas áreas cerradas; reacciona rápidamente, prefiere la soledad, trata de evitar atraer la atención hacia su persona y, sobre todo (lo que interesa para este trabajo), duerme poco (Nordby y Hall, 1979).

En individuos de más de ochenta años de edad, Dehlin, Jensen, Hagberg, Samuelsson y Svenson (1995) detectaron, utilizando criterios diversos, una frecuencia de entre 18 y 38% de insomnio, y un consumo de hipnóticos en 25%. Y, en las personas con insomnio, una mayor frecuencia de angina de pecho, insuficiencia cardíaca, incontinencia urinaria, fatiga general, dificultad para relajarse, anorexia, constipación y dolor de espalda, y un consumo más frecuente de fármacos; una percepción de menor satisfacción en la vida y de soledad, un mayor porcentaje de neurosis, un nivel menor de extroversión, mayor disposición al control interno y síntomas de depresión. En general, la sobrevivencia de aquellos que presentaban insomnio más pronunciado resultó menor en los años siguientes al estudio que en el resto de la población.

Tanto en adolescentes con insomnio como en otras personas de mayor edad con este síntoma, se trata de perfiles que pueden caracterizarse como elementos descriptores de un **funcionamiento neurótico de la personalidad** (Monroe y Marks, 1977; Schramm, Hohagen, Käppler, Grasshoff y Berger, 1995). El estudio clínico del insomnio crónico con el uso del DSM-III-R y del DSM-IV da como resultado, en el eje I, diagnósticos como la distimia, la angustia y los trastornos somatoformes y de consumo de sustancias; y, en el eje II, un trastorno o rasgo compulsivo de la personalidad, comórbido con el insomnio (Munsch y Schwander, 1998).⁹⁶ En general, no es correcto dar un diagnóstico de insomnio psicofisiológico si el paciente cumple con los criterios de cualquier otro diagnóstico de los ejes I o II del DSM-IV (Attarian, 2000).

⁹⁶ Este mismo estudio confirma la casi nula importancia de la apnea de sueño y del mioclono nocturno en la etiología del insomnio crónico (Kales et al., 1982; Tan et al., 1984).

Las contradicciones que puede enfrentar un individuo entre la represión personal y el hedonismo de la época en la que vive pueden generar profundos estados de depresión (el *spleen*, un espíritu melancólico de hipocondría e irritabilidad típico de la sociedad industrial, característico del capitalismo) y de insomnio, ante la imposibilidad de refrenar los instintos y de evitar las presiones del puritanismo.

Roger Bartra Muria, antropólogo y sociólogo mexicano (1942-), en su conferencia *El spleen del capitalismo: Weber y la ética transgresora*, sobre la vida del sociólogo alemán, citado en la nota "Aborda dolor de Weber: Abre Bartra *Umbrales de la transgresión*", de M. E. Sevilla, periódico *Reforma*, 21 de junio de 2001, sección Cultura, p. 4C.

10. El insomnio y los eventos estresantes de la vida

Salvo casos excepcionales (Geertzen, de Bruijn-Kofman, de Bruijn, van de Wiel y Dijkstra, 1998), no parece haber indicios de que los individuos con insomnio perciban como más estresantes los cambios que surgen en su vida. En lo que respecta a la idea que tienen de sí mismos,⁹⁷ los que tienen dificultades para dormir muestran, antes de que aparezcan éstas, un puntaje bajo en Afiliación (búsqueda y establecimiento de amistades personales) y alto en Humillación o Degradación (expresión de sentimientos de inferioridad). En cuanto a su visión actual de sí mismos, suelen presentar un puntaje alto en Agresión y en Disposición al Consejo o Asesoría, y un puntaje bajo en Postura Defensiva, Autocontrol, Ajuste Personal, Logro, Dominio y Afiliación. Además, se sienten prácticamente igual que en el pasado (excepto en dos escalas, en las que el cambio resulta negativo). Según los términos de los reactivos de las pruebas aplicadas, se consideran "pasivos", "insuficientes", "tontos", y no "amigables", "sociables" ni "comunicativos" (Healey et al., 1981).⁹⁸

⁹⁷ El llamado *autoconcepto* (en inglés, *view of themselves*).

⁹⁸ Equivalentes aproximados en español de los conceptos aludidos en el original.

11. Los mecanismos del insomnio

Varios estudios indican que el proceso por el que concurren todos estos elementos para que aparezca el insomnio en una noche cualquiera de quien quiere dormir y para que luego el trastorno se vuelva crónico (gracias a factores de predisposición, precipitantes y perpetuantes), se basa en una secuencia de sucesos, que parece ser la siguiente:

La internalización de perturbaciones psicológicas que, a través de un estado de excitación emocional persistente, suprimen el sueño del individuo, da inicio a una sensación de miedo o preocupación por no dormir bien, lo que conduce a una mayor excitación emocional y a una mayor activación psicológica. Instalados los requisitos para un condicionamiento del miedo o de la preocupación, se produce una mayor excitación emocional y una mayor activación psicológica, con lo cual lo que inicialmente era una dificultad aparentemente fácil de resolver se vuelve un círculo vicioso. Los pacientes en los que ese factor interno (esforzarse por dormir) es una fuerza impulsora del insomnio suelen descubrir que se quedan dormidos sin dificultad precisamente cuando dejan de preocuparse por hacerlo. Por ejemplo, cuando están viendo la televisión, leyendo o manejando (ASDA, 1990).

Otros factores de predisposición o de vulnerabilidad personal pueden hacer aparecer un patrón fijo de cronicidad en el insomnio. En sus primeros años de vida, perturbaciones emocionales mayores (en la familia, en los padres), con sentimientos subyacentes de insuficiencia y/o de falta de adecuación, pueden hacer que el infante exprese su descontento con un patrón internalizado de somatización, centrado en problemas de sueño, y no en dificultades conductuales abiertas. Todo ello, sumado a las tensiones que significan los elementos ambientales circundantes y a mecanismos desadaptativos de afrontamiento, fuerza al individuo a percibir más estresantes los eventos del medio. La inclusión de otros más de los que cotidianamente se van presentando implica una mayor dosis de estrés, lo que irá dificultando poco a poco la obtención de un sueño satisfactorio.

Hay otros dos asuntos cuyo análisis es básico para abordar la prevención del insomnio crónico y de otras dificultades en el dormir: por un lado, lo que pueden hacer los que duermen poco o mal para dormir lo suficiente y bien; por el otro, lo que las personas consideradas sanas en este contexto tienen a la mano para reducir el riesgo de llegar a tener este tipo de dificultades. En vista de que, hasta ahora, el conocimiento del desarrollo humano apenas comienza a incluir un seguimiento sistemático de la importancia de la carencia de valores específicos de variables hereditarias (biológicas) o sociales en el desencadenamiento de trastornos psicológicos específicos (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991),⁹⁹ el interés de este trabajo converge en el segundo punto, es decir, en la serie de factores interactivos y de crianza que quizá estén relacionados con el surgimiento de las dificultades en el dormir.

Se trata, según las definiciones de Luhmann, de los llamados *factores de riesgo*¹⁰⁰ (los atributos de un grupo que presenta mayor incidencia de una determinada patología en comparación con otros grupos de la población, definidos por la ausencia o baja aparición de tal característica), cuya detección es fundamental para la prevención primaria de cualquier problema de salud, y de los *factores de protección* (los atributos de un grupo con menor incidencia de un determinado disturbio en relación con otros grupos definidos por la ausencia o baja aparición de tal factor) (Feinholz y Ávila, 2001).

⁹⁹ Esto difiere de las enfermedades genéticas predominantemente orgánicas, como la Corea de Huntington y el cáncer, que se pueden predecir cada vez más fácilmente a través de pruebas de laboratorio (Lisker, 2000).

¹⁰⁰ La palabra *riesgo* proviene del vocablo francés *risque*, del siglo XVII, y del italiano *rischio*, y éste de *risicare*, atreverse, que a su vez se deriva del griego *rhiza*, risco, raíz (véase *New International Webster's Comprehensive Dictionary*, 1998, p. 1087; Abbagnano, 1961/1986, anota también el vocablo griego *kindynos*). Para Aristóteles, *riesgo* es "el acercarse de lo terrible" y, para Platón, "es bello (e) inherente a la aceptación de determinadas hipótesis o creencias." (Abbagnano, 1961/1986). En opinión del propio Nicola Abbagnano, el riesgo es "en general, el aspecto negativo de la posibilidad, el poder no ser." El Diccionario de la Real Academia Española (Real Academia Española, 1984) rastrea *riesgo* hasta el latín *resgar*, cortar, y lo define como la "contingencia o proximidad de un daño". El *Diccionario básico del español de México* (Lara, 1986) lo define como la "posibilidad de que ocurra una desgracia o algo indeseado, de sufrir un daño o de tener un fracaso". María Moliner (1988) dice que se trata de una "palabra con hermanas en todas las lenguas romances, pero de origen incierto; quizá el mismo que el de *risco*, y ambos del latín *resicare*, cortar. (...) Exposición, peligro. Posibilidad de que ocurra una desgracia o un contratiempo." Y agrega que *correr el riesgo* de significa "exponerse o estar expuesto a lo que se expresa." El *Oxford English Dictionary* (Simpson y Weiner, 1989) define el equivalente inglés *risk* como "peligro; exposición al infortunio o a la desgracia", como "la persona que es considerada un peligro o contingencia; la que está expuesta al peligro" y, como verbo, es "exponerse a la posibilidad de daño o pérdida; aventurarse". El *Gran diccionario de la lengua española* (1996) lo define como la "posibilidad de un daño, perjuicio o inconveniente" (p. 1537). Seco, Andrés y Ramos (1999) lo definen como la "posibilidad de que se produzca un daño o contratiempo, o algo que habitualmente se considera tal."

12. El problema central

El interés fundamental de esta investigación consiste en examinar las variables o factores particulares de naturaleza interactiva y de desarrollo que pueden conducir a que surjan, en una persona aparentemente sana, dificultades para dormir que, inicialmente leves o poco frecuentes (que simplemente duermen poco, que consumen pastillas para dormir o para tranquilizarse, que muy pocas veces o casi nunca se despiertan con una sensación de confusión o de miedo o terror incluso, con pesadillas o que caminan estando dormidos), puedan volverse más duraderas o francamente crónicas o intensas, lo que les impediría funcionar adecuadamente en vigilia (en su trabajo y al manejar un automóvil, por ejemplo).

Con el tiempo ha comenzado a verse más claramente la necesidad, en la búsqueda de la prevención de las dificultades para dormir, de analizar a fondo el **estilo de vida** de los individuos que las presentan con mayor frecuencia o intensidad. Esta realidad es particularmente evidente, considerados los múltiples estudios epidemiológicos realizados hasta ahora, en los padecimientos crónico-degenerativos, léase bronquitis, enfisema, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, obesidad y cáncer (Pérez et al., 1991, febrero 12; Puente-Silva, 1985). En opinión de Sánchez-Sosa (1985), las condiciones de vida implícitas en el grado de desarrollo alcanzado por México, patentes a través de un alto nivel de competencia entre los diferentes sectores de la población por alcanzar un nivel social determinado, presionan constantemente al individuo para que adquiera hábitos compatibles con el crecimiento social; hábitos que a la larga lo conducirán a la adquisición de estos y otros problemas de salud (véase, por ejemplo, Aboites, 2001, mayo 14).

Fue Adolph Meyer el primero en relacionar específicamente los eventos estresantes de la vida diaria (los cuales no son necesariamente extraños y catastróficos, sino bastante comunes) con la aparición de los cambios fisiológicos y las condiciones patológicas consecuentes.¹⁰¹

¹⁰¹ Su *esquema vital [life story]*, método biográfico que consistía en organizar los eventos de la vida y los datos médicos de los pacientes para dar una base científica a la higiene mental, condujo al desarrollo del Programa de Experiencias Recientes y de la Escala de Medición del Reajuste Social, que se siguen utilizando (Geertzen, de Bruijn-Koffman, de Bruijn, van de Wiel y Dijkstra, 1998; Mandell, 2000).

Proponiendo, mediante una visión sistémica, que muchos problemas de salud mental tienen un origen multifactorial, Sánchez-Sosa (1985) enlista algunos de los diversos elementos que, por estar relacionados con los hábitos conductuales del individuo, pueden interferir con su funcionamiento normal y que bien pueden aplicarse a las dificultades para dormir:

- a) la ingestión de estimulantes (tabaco, té negro, café puro, alcohol), en particular después de cierta hora o durante la noche (o su ausencia, cuando actúen como tranquilizantes¹⁰²);
- b) las ocupaciones con horarios irregulares o en condiciones incómodas (el trabajo excesivo crónico y las actividades prolongadas frente a las pantallas de las computadoras; los trabajos con turnos rotatorios o en servicios de vigilancia), los viajes en los que se recorren grandes distancias en barco o en avión (Bonnet y Arand, 1999; Giesecke, 1987; León Monsiño, 1995);
- c) algunos hábitos alimenticios que, en vez de contribuir a la relajación, impiden dormir (comer demasiado en la noche o poco antes de acostarse impide dormir; por el contrario, irse a la cama con el estómago vacío genera estrés y, por consiguiente, impide dormir; las tortillas son una de las principales fuentes de complejo vitamínico B, que ayuda al funcionamiento del sistema nervioso, manteniendo la integridad de la mielina; los cereales y los tubérculos, ricos en carbohidratos, promueven la digestión y contribuyen a la relajación; en cambio, las proteínas, presentes sobre todo en las leguminosas y en los alimentos de origen animal, generan sustancias en el organismo que nos mantienen en estado de alerta, y es preferible ingerirlas en el desayuno; alimentos que se supone generan energía, como el pan con mermelada, en realidad producen relajación; la idea de que el simple hecho de comer menor cantidad de los alimentos acostumbrados resolverá el problema del exceso de peso es falsa, pues en realidad provoca un aumento en la grasa corporal y, además, impide dormir bien);¹⁰³

¹⁰² Tampoco deben olvidarse aquí las diferencias individuales: la cafeína provoca excitación fisiológica e insomnio en unas personas y somnolencia en otras (Karacan, Thornby, Anch, Booth, Williams y Salis, 1976).

¹⁰³ De la ponencia "Nutrición para dormir bien", de la licenciada en nutrición Adelaida López Mercado N.C., presentada como parte de la Campaña en pro del buen dormir "Abre tus ojos al sueño" en el Auditorio de las Academias, Centro Médico Nacional Siglo XXI, 11 al 21 de marzo de 2002. Véase, en Rodríguez Carranza (1984), la descripción de las funciones del complejo vitamínico B.

- d) el ejercicio físico en exceso durante las horas de la noche inmediatamente antes de irse a dormir y las siestas muy prolongadas durante el día;¹⁰⁴
- e) cualquier otro hábito conductual o estado emocional que provoque excitación física o preocupación excesiva,¹⁰⁵
- f) y, por supuesto, los hábitos de sueño (Kleeman, 1988; Wheatley, 1986).

Todas estas actividades o conductas están circunscritas en el término que mejor parece resumirlas: una *higiene del sueño* inadecuada.

¹⁰⁴ En oposición a muchas investigaciones sobre el sueño y sus trastornos, los estudios de Youngstedt, Kripke y Elliot (1999) respecto a los efectos del ejercicio resultan verdaderamente sorprendentes.

¹⁰⁵ Es aconsejable, para la persona que tiende a preocuparse en exceso por los problemas del día, que escriba acerca de dichos problemas antes de acostarse (doctor Harry Baker, citado por el licenciado Miguel Ángel Guevara Spota, consultor en formación y desarrollo personal, en la ponencia "Los trastornos del dormir y los paradigmas". Campaña en pro del buen dormir "Abre tus ojos al sueño". Auditorio de las Academias, Centro Médico Nacional Siglo XXI. 11-21 marzo de 2002).

13. Una hipótesis factible

La aparición de las dificultades para dormir puede explicarse a través de una serie de eventos estresantes en la vida, mediados por algunos factores de predisposición por los que se considera vulnerables a algunos individuos. El incremento en la cantidad o intensidad de dichos eventos puede propiciar el surgimiento de las dificultades en el sueño (Tan et al., 1984). Aquí se está haciendo referencia, principalmente, a eventos indeseables, sobre todo los relacionados con pérdidas y enfermedades. El ser humano tiende a olvidar, después de varios meses, los acontecimientos del pasado; pero es menos probable, por supuesto, que olvide lo más sobresaliente, como sucede con aquello que provoca tensión y estrés (Jenkins, Hurst y Rose, 1979).

En cuanto a la memoria, debe recordarse algo que ya se mencionó líneas arriba: el hecho de que algunos individuos presentan una mayor vulnerabilidad ante el estrés, vulnerabilidad que está integrada por una constitución biológica y una predisposición genética (Healey et al., 1981; Parkes y Lock, 1989). Específicamente respecto al insomnio crónico, pero aludiendo quizá también a otras dificultades para dormir, Healey y su equipo añadieron, como factores que posiblemente contribuyen al inicio de cualquiera de estos trastornos:

- a) historias más prolongadas de enfermedades y quejas somáticas;
- b) enfermedades y problemas de la infancia en relación con la alimentación y el sueño;
- c) mayor insatisfacción respecto a la familia, con la que suelen establecerse relaciones menos satisfactorias;
- d) problemas en otras relaciones interpersonales y en las ideas que tienen de sí mismos (el ya mencionado autoconcepto);
- e) mayor insatisfacción en la vida en general;
- f) concepto más negativo respecto a sí mismos, y
- g) dificultades cada vez mayores para las relaciones interpersonales.

El desarrollo de los problemas para dormir puede explicarse, quizá, como una manifestación primaria del **síndrome de desadaptación** y, por lo tanto, como un síntoma de la "civilización". Baste recordar que, en la actualidad, padece insomnio el 35% de los habitantes de los países desarrollados (Kageyama et al., 1998; San Luis, 1993).

Situaciones estresantes como un accidente o una enfermedad graves en la familia, el trato cotidiano de una madre depresiva o ambivalente o la repentina ausencia de la madre durante el día pueden generar en el niño, en función de su edad, dificultades para dormir. ¿Puede decirse entonces que el estrés es una de las causas del insomnio? En realidad, es éste uno de los muchos prejuicios derivados de la precaria educación de la población acerca de la salud en general y del sueño y sus trastornos en particular: no es cierto que el estrés sea causa directa de insomnio; no lo es en ningún caso (Olders, citado por Engel, 2000, octubre 31).

Al enfrentarse a emergencias, cualquier persona reacciona con ansiedad aguda. En respuesta a la tensión experimentada, el ser humano desarrolla, según los estudios del endocrinólogo Hans Selye, lo que él llamó el *síndrome general de adaptación* (que consta de una reacción de alarma, una etapa de resistencia y una fase de agotamiento). Pero no siempre el estrés es negativo. Además, es más probable que el síndrome se active ante un estado de ansiedad duradera y no cuando la ansiedad es breve. También estados de goce muy intenso pueden activarlo y, en cambio, ciertas presiones prolongadas (el ejercicio, el ayuno y el calor) pueden no producirlo. El modelo de la diátesis¹⁰⁶ o predisposición a la tensión afirma que la herencia crea una propensión (debido a experiencias tempranas, lesiones y una combinación de otros elementos) a algún problema. Enfrentadas a tensiones, las personas desarrollan las dificultades físicas o psicológicas a las que están predisuestas (Davidoff, 1987/1989, pp. 400-419).

No obstante, ni la excitación fisiológica ni la excitación cognoscitiva o el condicionamiento negativo han encontrado pruebas experimentales para considerarlas definitivas. Quizá, como dice Stepanski (1993), todas y cada una de ellas son válidas, pero sólo para uno o más subgrupos de personas con insomnio; o quizá dos o más de ellas funcionan en diferente medida para una persona particular.

¹⁰⁶ Del griego *diathesis*, arreglo o disposición. Constitución o condición del organismo que hace que los tejidos reaccionen de manera especial a ciertos estímulos extrínsecos; por ello, una persona puede volverse más susceptible de lo usual a ciertas enfermedades (<http://allserv.rug.ac.be/~rvdstich/eugloss/DIC/dictio25.html>).

Los riesgos estúpidos hacen que la vida valga la pena.

Homero Simpson (Navidad de 1989/mayo de 1955 -).

Los sueños son la vida del alma durante el sueño.

Aristóteles, filósofo griego (384-322 a.C.)
(<http://health.discovery.com/centers/sleepdream/timelinc/timeline-02.html>).

14. Grupos de riesgo; factores de riesgo

Según estudios epidemiológicos diversos, el insomnio es más frecuente en las mujeres que en los hombres, acaso por el rol familiar y social actuales de la mujer, y a que tal rol implica una mayor frustración de los objetivos personales para las mujeres que para los hombres, en quienes las jornadas laborales se han modificado tan sólo en cantidad (mayor número de horas): en efecto, las actividades laborales remuneradas, sumadas a las realizadas cotidianamente en el hogar, representan una fuente de tensión para las mujeres que no puede soslayarse (Téllez y colaboradores, 1995). En su informe *Mujeres y hombres* (Muñoz, 2002), el INEGI cuantifica el trabajo doméstico en cada sexo: actualmente lo realizan, en promedio, 94.6% de las mujeres mexicanas mayores de 12 años; en cambio, 43.8% de los hombres dicen participar en esas mismas labores; las mujeres les dedican casi 48 horas a la semana; los hombres, 13 horas.¹⁰⁷

¿Puede ser otra la explicación, entonces, de que en las mujeres sea mayor la frecuencia no sólo de insomnio, sino de ansiedad, de depresión, de angustia, de fobias, de somatización, de hospitalización e intervenciones quirúrgicas?¹⁰⁸ Por supuesto, no se ha mencionado aquí el hecho de que en las mujeres son más frecuentes, también, los casos de abuso sexual y de violación, lo mismo que las variaciones en el funcionamiento de las hormonas. Pero estas dos anotaciones bien pueden añadirse a la lista de los efectos de la modificación de dichos roles.

¹⁰⁷ Según el mismo informe, 48.7% de las mujeres de más de 20 años de edad se dedican al cuidado de los niños, y 23.2% de los hombres del mismo grupo de edad realizan esta labor. Las mujeres dedican 35:45 horas al trabajo en el mercado laboral, 22 horas a educación, 16:30 horas a actividades recreativas en la vivienda, 7 horas a recreación fuera del hogar, 4 horas a deportes o cultura, 3 horas al acarreo de agua y 4 horas y media a la recolección de leña. 25 millones de personas de más de 20 años elaboran comida en los hogares mexicanos, 22.3 millones de las cuales son mujeres; 61.2% de ellas dedican de 7 a 20 horas semanales a esta labor y 20% le dedican más de 3 horas diarias. De los 2.3 millones de hombres que cocinan, 62.9% emplean de 1 a 6 horas semanales (menos de 1 hora diaria). De los 23.5 millones de mexicanos de 20 años o más que dijeron lavar su ropa en casa, 22 son mujeres y 1.5, hombres (es decir, 15 mujeres por cada hombre). En el lavado de trastes, las cantidades femenina y masculina son, respectivamente, 21.6 millones y 2.1 millones; en el planchado de ropa, 18.5 millones y 1.5 millones; en la limpieza de la casa, 22.4 millones y 4.5 millones. Es por todo ello que, en palabras del INEGI, persiste la "división sexual del trabajo" en la casa y en el mercado laboral, lo cual genera "la feminización de las actividades mencionadas, la segregación ocupacional y la discriminación salarial." A consecuencia de esta pérdida del modelo de familia con un solo proveedor, es indispensable modificar la Ley Federal del Trabajo, para asegurar a la mujer igualdad en el acceso y permanencia en el mercado laboral (Ana Teresa Aranda, directora general del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF]; véase Gómez Mena, septiembre 20, 2001).

¹⁰⁸ Datos mencionados por el doctor Héctor Espino Flores durante la presentación de la Clínica Antiestrés "Serenitá" del Centro Médico Dalinde, dirigida por el psiquiatra Alfredo Montañón Ortiz; México, D.F., 28 de febrero de 2002.

A los hechos anteriores se suma el de que, en México, entre 30 y 60 por ciento de las mujeres dicen haber sido víctimas de algún tipo de violencia, identificando a la pareja como el principal victimario. Según la doctora Victoria Viloría Varela, coordinadora nacional del Programa Regional de Prevención y Atención de la Violencia Familiar de la Ssa, en México, “a lo largo de las distintas etapas -menor, adolescente, adulta y adulta mayor- y de las condiciones sociales -hija, novia, esposa, madre, abuela, trabajadora, indígena-, la mujer ha sido el mayor blanco de las agresiones, poniendo en peligro su seguridad, integridad y salud” (Gómez, 2001, septiembre 24).¹⁰⁹

Esta compleja mezcla de variables explica también, en parte, el hecho de que hay más casos de depresión en las mujeres que en los hombres (en México, 10.3% de cada 100 pacientes mujeres, contra 5.1% de cada 100 pacientes varones).¹¹⁰ Por supuesto, el funcionamiento hormonal de cada sexo (los ciclos menstruales de la mujer y los ciclos hormonales que, con mucha menor intensidad, se presentan también en el hombre) puede explicar el resto de esta diferencia. Entre otros muchos síntomas, la fase del climaterio incluye, en la mayor parte de las mujeres y también de los hombres, el insomnio (Camacho, 2001; Durán, 2001).¹¹¹

¹⁰⁹ Según estudios del Banco Mundial, 8 de cada 10 casos de violencia en adultos ocurren en mujeres, y cerca de 50% de las mujeres con antecedentes de parto prematuro y alrededor de 15 por ciento con antecedentes de aborto dicen que hubo violencia (Viloría Varela, citada por Gómez, 2001, septiembre 24). Según la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar 1999, en casi 66% de los hogares urbanos del país uno o más de sus integrantes experimenta algún tipo de violencia, y hay sondeos que indican que el principal agresor es el jefe de familia (en 49.5% de los actos violentos, es éste el victimizador). Además, quienes padecen estas agresiones con más frecuencia son los hijos (44.9%) y la madre (40%) (Gómez, 2001, octubre 11).

¹¹⁰ Es decir, una proporción de 2 a 1, según lo expuesto por el psiquiatra Luis Guillermo Ruiz, del Centro Médico Nacional, y Guido Belsasso, comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic) de la Ssa, avalado por especialistas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y por los laboratorios Lilly, fabricantes del antidepresivo Prozac (Cruz, 2001, septiembre 20; Gómez y Román, 2001, septiembre 20).

¹¹¹ En aproximadamente 42% de las mujeres de edad media se observa un alto nivel de perturbación en el dormir. En mujeres que no reciben terapia de reemplazo hormonal, la transición al período postmenopáusico está relacionada con cambios nocivos en el dormir (Owens y Matthews, citados por Attarian, 2000). En algunas adolescentes se han observado, en las cuatro noches anteriores a la menstruación, episodios de sonambulismo y de terrores nocturnos (Alonso, 2001).

El insomnio es más común en los negros¹¹² que en los blancos. En particular, es más frecuente en las mujeres negras de Estados Unidos, comparadas con los hombres negros y con las mujeres y hombres blancos de ese país (Foley, Monjan, Izmirlian, Hays y Blazer, 1999). En las primeras se ha visto una latencia de sueño más prolongada, despertares más frecuentes en la noche y una mayor asiduidad en las visitas al centro de salud por problemas al dormir (Bazargan, 1996).¹¹³

¹¹² No está justificado biológicamente el uso del término *raza* en lo que concierne a grupos humanos de diferente aspecto o fisonomía, pues es un límite establecido artificialmente: Paul Broca, el antropólogo francés que primero sostuvo que el volumen craneal decidía la "superioridad" intelectual de algunos grupos humanos, sugirió después, con sus propios datos paleontológicos (contra lo que siguieron afirmando seguidores suyos como el psicólogo francés Alfred Binet), que eran las condiciones sociales y la educación, y no lo antropométrico, lo que explicaba las diferencias (González, 2000-2001). Según el estadístico Ingram Olkin, citado por Cole (1998/1999), "es posible que dos hechos se muevan juntos pero que ambos estén impulsados por un tercer factor." De hecho, William Fleishman y otros matemáticos consideran imposible la realización de experimentos que realmente demuestren una correlación raza-coeficiente intelectual, pues requeriría "apareamientos aleatorios y ambientes perfectamente controlados" (Cole, 1998/1999). Ya se vio, al publicarse recientemente la descripción de la mayor parte del genoma del *Homo sapiens sapiens* (The International Human Genome Sequencing Consortium, 2001 y Jasny, 2001), que no hay tampoco diferencias genéticas evidentes (al menos en apariencia, pues hay autores convencidos de que tarde o temprano se hallarán) entre la población llamada *negra*, la *blanca* y la *amarilla* o entre cualquiera de éstas y la *judía*, la *latina*, la *magrebi*, la *musulmana* y otras, términos muchos de éstos que se usan con profusión en la literatura científica (la búsqueda de diferencias/influencias étnicas, por ejemplo, en artículos de investigación del área de la salud, como el aquí citado de Reimao y colaboradores, 2000). Sin embargo, hay que conceder que la realidad visual (perceptual) y la persistencia en el trato discriminatorio de unos grupos humanos por parte de otros (su realidad psicológica y social) hacen necesario el estudio de las consecuencias del comportamiento diferencial de los segundos en el bienestar físico y mental o emocional de los primeros (en el caso del estudio de Reimao y su equipo, habría sido mejor hablar de *influencias/diferencias culturales* o *socioculturales*). El historiador de la ciencia y epistemólogo francés Pierre Thuillier se preguntaba, en su "Ciencia y racismo" [publicado en marzo de 1987 en *Le Magazine Littéraire* y traducido recientemente por César Carrillo Trueba para el número citado de *Ciencias*]: "¿Para qué sirve demostrar la inexistencia de 'razas' a quienes no quieren a los 'amarillos', a los 'negros' y a los 'magrebinos' (*sic*) que encuentran por la calle, en el metro o en las escaleras?". Y, citando el *Dictionnaire Usuel Illustré* de Quillet-Flammarion, Thuillier recordaba que racismo es una "actitud de hostilidad hacia grupos humanos de etnia, cultura, costumbres, etcétera, diferentes" y subrayaba que, si bien no incluye la palabra "raza", en esa definición se percibe muy bien la naturaleza del racismo (Thuillier, 2000/2001). S. L. Washburn decía, en 1962, que no conviene negar la existencia de las razas, un hecho histórico que ayuda a conocer las variaciones humanas en cuanto, por ejemplo, a la proclividad a ciertas enfermedades o a la adaptación superior a ciertos ambientes. Que lo que importa es "saldar las diferencias externas entre los hombres, económicas y políticas, que son el verdadero origen de guerras y xenofobias" (López Beltrán, 2000/2001). En ese sentido, el presente es quizá uno de esos estudios que López Beltrán califica como "sólo un poco menos dudosos", y fue por ello que el término sólo aparece en el lema "que se nos ha fosilizado en la UNAM".

¹¹³ Véanse, en la discusión de este trabajo, la explicación ofrecida por este y otros autores para la diferencia entre los sexos en cuanto a la frecuencia de insomnio (Lavic, 1996/1997).

Independientemente del grupo humano o antropológico al que pertenezcan, es menos probable también que las mujeres con insomnio resuelvan este problema de salud, comparadas con los hombres (Foley, Monjan, Izmirlian et al., 1999).¹¹⁴

El insomnio es más frecuente, también, en la población urbana y en la de nivel socioeconómico bajo que en la población rural y de otros niveles (Téllez et al., 1995).

Salvo excepciones (Goldberg, s.f./2001), el insomnio no se presenta tan frecuentemente en los más jóvenes como en los mayores (Bixler et al., 1979; Dodge, Cline y Quan, 1995; Erman, 1987; Gentili y Edinger, 1999).¹¹⁵ Si bien en la población general es más común la dificultad para mantener el sueño que para iniciarlo (Williams y Karacan, 1985), la primera se manifiesta más seguido entre los ancianos y la segunda entre los jóvenes (Gislason y Almqvist, 1987; Mahendran, 1995; Rosekind, 1992; Téllez et al., 1995),¹¹⁶ y se ha visto que la alteración más común del sueño que se presenta en los ancianos es una reducción en la cantidad y calidad del sueño (Albani, Cristini, Roccatagliata, Tammaro y Aveni Casucci, 1995).

Los problemas para dormir en la noche y la somnolencia durante el día parecen ser un factor de riesgo independiente para las estadísticas de accidentes en la tercera edad (Brassington, King y Blivise, 2000). En Japón, el insomnio y la dificultad para conciliar el sueño son quizá los síntomas que mejor indican el nivel de salud o deterioro en pacientes de edad avanzada de un hospital geriátrico, pues fueron los problemas de sueño que siguieron asociados, después de dos años de seguimiento, con un alto riesgo de mortalidad (Manabe et al., 2000). Se ha observado, sin embargo, que los despertares nocturnos y en las primeras horas de la mañana son más comunes en las personas de mayor edad que en los más jóvenes (Gislason y Almqvist, 1987; Janson et al., 1995).

¹¹⁴ También en mujeres de otras comunidades, de otras culturas, aparece el insomnio ("... las creencias culturales pueden facilitar la comunicación de los sueños y la reflexión introspectiva sobre ellos, pero pueden a la vez intensificar las ansiedades": Kracke, 1999).

¹¹⁵ El hecho de que, como ya se dijo, el sonambulismo sea más frecuente entre los niños de tres a 10 años de edad y se vuelva cada vez menos frecuente a partir de la adolescencia se debe, quizá, a que con la edad tienden a reducirse las fases del sueño en las que se producen los episodios de este trastorno (en las primeras horas de sueño, siempre entre las fases 3 y 4, y no durante el sueño MOR, por lo cual no puede decirse que se debe a la eliminación del mecanismo que inhibe el tono muscular, ni tampoco que el individuo sonámbulo está escenificando, con sus movimientos, lo que está soñando) (Alonso, 2001; Lavie, 1996/1997; Zimmer, 1984/1985).

¹¹⁶ La capacidad para comenzar a dormir parece declinar de manera constante después de los 50 años (Floyd, Janisse, Marshall Medler y Ager, 2000).

Ya se mencionó el caso de los adolescentes: recientemente se ha identificado a la juventud (adultos jóvenes estadounidenses de 12 a 25 años de edad, por ejemplo; véanse los informes de los NIH, citados en: <http://www.sleepfoundation.org/publications/teensleep.html>) como un grupo de alto riesgo en cuanto a problemas de somnolencia y sus consecuencias (entre éstas los accidentes de tránsito ya citados, en la mitad de los cuales la atención y los tiempos de respuesta de los conductores, jóvenes de 25 años o menos, se interrumpen y retrasan, respectivamente). Más recientemente, la aplicación, en la sala de espera de dos clínicas pediátricas generales, de un cuestionario de sueño pediátrico (el Cuestionario de Sueño Pediátrico [Pediatric Sleep Questionnaire]) a los padres de 1038 niños (484 niñas y 554 niños) de 2.0 a 13.9 años de edad que visitan ese tipo de instituciones encontró que problemas de sueño como el insomnio, la somnolencia excesiva, las parasomnias y los problemas respiratorios durante el sueño son los más frecuentes (Archbold, Pituch, Panahi y Chervin, 2002). En particular, 43% de los niños presentaban insomnio, y dos o más de los síntomas de insomnio se presentaban en 18% de los niños.

Desde mediados del siglo XIX ya se había considerado a los trastornos del sueño un **síntoma nuclear de las alteraciones psicopatológicas**. Pero no fue sino hasta 1946 cuando esta idea encontró su confirmación psicofisiológica, gracias a los experimentos de Díaz-Guerrero y su equipo (Williams y Karacan, 1985), quienes registraron poligráficamente el sueño de pacientes deprimidos con un trastorno afectivo bipolar: a estos individuos les costaba trabajo conciliar el sueño, que además era ligero, y despertaban frecuentemente por la mañana, con oscilaciones de una a otra etapa del sueño.

En un estudio transcultural realizado en 1968 se llegó a la conclusión, comparando los síntomas depresivos de pacientes de Alemania e Indonesia, de que los síntomas fundamentales de la enfermedad depresiva (que se presentan siempre y no dependen del tipo o grado de civilización o cultura de los individuos analizados) son: un desplazamiento del estado de ánimo hacia el polo depresivo; la alteración de funciones vegetativas, como el sueño, el apetito y la libido, y sensaciones corporales anormales, como dolores, parestesias y presiones. Vale señalar aquí que todos estos síntomas están ligados a la corporalidad (W. M. Pfeiffer, citado por Dörr-Zegers, 2000).

En 1989, un estudio epidemiológico de los trastornos de sueño y los trastornos psiquiátricos realizado por Ford y Kamcrow encontró que el 40 y el 46.5% de los sujetos entrevistados que mostraban insomnio e hipersomnio, respectivamente, presentaban un **trastorno psiquiátrico**, el cual sólo se halló en 16.4% de los que no tenían ningún trastorno de sueño.¹¹⁷ En pacientes con depresiones endógenas han podido describirse anomalías específicas del ciclo de sueño (Reynolds y Kupfer, 1987).

Ohayon y su equipo (1998) estudiaron más recientemente, en una muestra representativa de la zona francesa de Canadá, **la comorbilidad de los trastornos mentales y el insomnio** en la población general: los sujetos con un trastorno mental se quejaban de insomnio desde hacía más tiempo que aquellos que mostraban un trastorno depresivo o de ansiedad con este síntoma.¹¹⁸ **Un gran porcentaje de individuos con síntomas depresivos** habían buscado tratamiento médico independientemente específicamente para sus problemas de sueño, y no para su depresión, con lo cual crece la probabilidad de que muchos casos de este trastorno emocional pasen desapercibidos, por un lado, y que se dificulte por otro la cabal comprensión de la génesis del trastorno de sueño (también, Munsch y Schwander, 1998).

Se ha visto, al respecto, que los pacientes depresivos con puntajes altos en escalas respondidas no por el propio paciente, sino por un observador (la Escala Hamilton para Evaluación de la Depresión [HAMD],¹¹⁹ por ejemplo) muestran una mayor actividad motriz durante la noche y una menor calidad de sueño, comparados con pacientes cuyo puntaje HAMD es bajo (Lemke et al., 1999). Así, la actividad motriz nocturna parece ser un indicio, en los pacientes depresivos, de las perturbaciones experimentadas en el sueño.

¹¹⁷ Bourdet y Goldenberg (1994) hacen una descripción de los principales cambios observados en el EEG del sueño de personas con ansiedad, así como la gran variabilidad interindividual que se ha observado en ese sentido. Por su parte, Soldatos (1994) hace ver la urgencia de refinar la metodología necesaria para entender las complejas relaciones entre insomnio y psicopatología (particularmente, depresión y ansiedad), posiblemente causales. Hay cada vez más elementos para poder afirmar que el insomnio, que inicialmente no era relacionado con la depresión, es un factor de riesgo fundamental para el desarrollo de la depresión o de la ansiedad (Attarian, 2000).

¹¹⁸ Los pacientes con demencia, por ejemplo, presentan trastornos de sueño debido a la agitación generalizada de su síndrome: "Suelen despertarse confusos y desorientados, y a veces se comportan de manera automática; por ejemplo, padecen sonambulismo." (Lavie, 1996/1997). Según recuerda Charles Nemeroff, especialista en neurociencias y adicciones de la Universidad de Emory, Atlanta, las enfermedades mentales están relacionadas con el estrés, con la reducción de las horas de sueño y con un menor tiempo de convivencia familiar, y están condicionadas a factores genéticos (citado por Cruz, octubre 11, 2001).

¹¹⁹ Hamilton Depression Rating Scale, en inglés.

Shochat, Umphress, Israel y Ancoli-Israel (1999) encontraron una alta frecuencia de **insomnio en pacientes de atención primaria**, mayor que en la población general: 69% de un grupo de 286 pacientes de clínicas de San Diego y Honolulu (en California y en Hawaii, respectivamente), 50% de los cuales presentaron insomnio ocasional y 19%, insomnio crónico.

Llaman también la atención las investigaciones que encontraron insomnio en la lista de los problemas de mayor frecuencia **entre estudiantes universitarios** (Roth, 1985), sobre todo entre los extranjeros, más que entre los propios estudiantes estadounidenses (Ebbin y Blankenship, 1986); las que lo encontraron como una reacción somática a **la pérdida o separación de un ser querido**, especialmente entre las mujeres, más que entre los hombres (LaGrand, 1985), y las que lo detectaron como síntoma de preocupación por la salud, más común por ejemplo entre los psicólogos que trabajan en el mundo de la academia que entre los que laboran en la práctica clínica privada (Boice y Myers, 1987). Sirva de ejemplo el estudio mexicano sobre académicos del Sistema Nacional de Investigadores o de programas de estímulo institucional, en donde se observó que "...existe una estrecha relación entre el aumento de exigencias laborales impuestas por los mecanismos de evaluación a los cuales están sujetos [los investigadores] y los daños a la salud estudiados",¹²⁰ o el que puso su atención en las principales repercusiones que tiene sobre su propia salud **el trabajo de aquellos enfermeros que atienden a pacientes muy dependientes** (Roca Roger et al., 2000).

En una población adulta general¹²¹ se descubrió que entre los factores de riesgo relacionados con un mayor porcentaje de quejas en cuanto al inicio y mantenimiento del sueño se encuentran: dificultades previas de insomnio (3.5% de los sujetos), el sexo femenino (1.5%), la edad avanzada del sujeto (1.3%), los ronquidos (1.3%) y diversos tipos de problemas concomitantes de salud (1.1 a 1.7%), como el reflujo gastroesofágico (Janson et al., 1995; Klink, Quan, Kaltenborn y Lebowitz, 1992).

¹²⁰ Aproximadamente 40% de los 156 investigadores analizados presentaron migraña, cefalea tensional, enfermedad isquémica del corazón, ansiedad, depresión, trastornos de sueño, várices y hemorroides, fatiga crónica, incremento en el deterioro de las relaciones familiares, sociales y laborales (*Daños a la salud asociados a los programas de estímulos en académicos del Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas*, tesis de maestría en ciencias de la salud en la UAM Xochimilco presentada por Margarita Vázquez Fernández de Lara, publicada en abril de 1999, dirigida por la M. C. Susana Martínez Alcántara y analizada en Aboites, 2001, mayo 14).

¹²¹ Sujetos que participaron en el Estudio Epidemiológico de Tucson sobre la Enfermedad Obstructiva de las Vías Respiratorias [Tucson Epidemiologic Study of Obstructive Airways Disease].

Otras variables importantes como factores de riesgo para el insomnio parecen ser, según se vio hace menos de una década en España, la edad, el estado civil y el nivel socioeconómico (Blanquer, Ortola, Rodríguez, Marín y Mulet, 1994). Y, si bien no ha podido demostrarse una correlación positiva, no puede descartarse por completo la posibilidad de que la ingestión continua de tabaco y de cafeína o su suspensión abrupta generen problemas para dormir, aunque sea de manera pasajera (Ching, Madris y Hicks, 1998; Janson et al., 1995; Leary, 1998). Esto sobre todo en el caso de la cafeína.¹²²

Un estudio realizado exclusivamente con **ancianos negros** detectó dificultades mucho mayores para dormir en mujeres, en **ancianos con mayor depresión o ansiedad**, en los que padecen un mayor número de enfermedades crónicas, en los que no acostumbran hacer ejercicio y en los que perciben niveles menores de apoyo social emocional (Bazargan, 1996).

De las **dificultades previas de insomnio** no hay aún una explicación clara (Klink et al., 1992). Si se toma en cuenta la opinión de Donnell y McNally (1989, 1990) para explicar el **mantenimiento de la ansiedad generalizada**, se entenderá que es posible que las creencias preexistentes acerca de lo dañino del insomnio crónico o las experiencias previas de insomnio crónico constituyan **factores cognoscitivos de riesgo** para que se desarrolle este trastorno de sueño o alguna otra dificultad para dormir. Como sucede al intentar detectar los factores de riesgo de las crisis de angustia, quizá "las personas con esa sensibilidad tendrían una mayor probabilidad de interpretar catastróficamente ciertas sensaciones corporales." (Sánchez-Sosa, Jurado-Cárdenas y Hernández-Guzmán, 1992, p. 105; véase lo mencionado más arriba respecto a la importancia de la actividad cognoscitiva).

Ohayon y sus colaboradores (1997) hallaron, en una muestra de 4972 adolescentes y adultos británicos no hospitalizados entrevistados por teléfono en 1994, 5.5% de casos de somnolencia diurna severa y 15.2% de casos de somnolencia diurna moderada. Las variables asociadas con la somnolencia diurna severa fueron el sexo femenino, la edad media, las siestas, las quejas de insomnio, un alto consumo de cafeína durante el día, interrupciones en la respiración o dolores en las piernas al dormir, un trastorno depresivo, somnolencia al leer o al ver la televisión y accidentes al manejar automóvil o utilizar maquinaria; con la moderada, el sexo femenino, las siestas, quejas de insomnio, artritis, cardiopatía y movimientos de las extremidades al dormir.

¹²² Aún menos se ha estudiado, hasta ahora, el efecto del tabaco en el sueño de los fumadores pasivos o "de segunda mano". Por lo pronto, estos investigadores encontraron una relación directa entre el nivel de exposición al humo del cigarro y el grado de insomnio y una relación inversa entre dicho nivel y la cantidad de horas de sueño por noche.

Resulta interesante el hecho de que las personas con insomnio cuyo sueño se registra (PSG) en el laboratorio de sueño no presentan el llamado *efecto de la primera noche*, es decir, suelen dormir, por lo menos la primera noche, mejor que en sus condiciones cotidianas (el *efecto inverso de la primera noche*), contra lo que ocurre en muchos voluntarios sin problemas de sueño, en pacientes psiquiátricos, o incluso en otras personas con insomnio. Esto se debe quizá a que quienes se quejan de insomnio no se enfrentan, en el laboratorio, a las condiciones que en casa les despiertan ansiedad (*estímulos condicionados*, para ellos) y les impiden dormir (Diefenbach et al., 1998). Pero esta conclusión no es definitiva: aunque en el laboratorio de sueño sí se ha observado un mayor nivel de angustia en la primera noche de registro de sujetos con insomnio, no ha podido demostrarse que dicha angustia sea el origen de la dificultad (Riedel, Winfield y Lichstein, 1998).

En los niños quizá es importante considerar la **inhibición conductual** como un factor de riesgo para la aparición del insomnio crónico (Sánchez-Sosa et al., 1992, p. 106). Podría tratarse de lo que se llama una *característica temperamental* (véanse, más adelante, las preguntas correspondientes en el inventario S.E.Vi.C.).¹²³ El insomnio o, aún más, la somnolencia o el mostrarse adormilado en situaciones de aprendizaje son algunos de los comportamientos aparente o supuestamente indicadores del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.¹²⁴

En Brasil, los problemas en el dormir son una queja frecuente entre los choferes de autobuses: 60% de ellos presentan, al menos, un trastorno de sueño, según una entrevista llevada a cabo en diferentes zonas del país (De Mello et al., 1998). Por su parte, los especialistas en medicina del viajero encuentran estrés biológico, con trastornos del sueño y del ritmo intestinal, así como trastornos psicológicos, en muchas de las personas que viajan.¹²⁵

¹²³ Posiblemente lo mismo puede decirse acerca de la muerte de alguno de los padres o, en general, de la percepción de la muerte por parte de los adolescentes.

¹²⁴ Trastorno cuya existencia ha sido puesta en duda por muchos autores, quienes ven en él no un conjunto de síntomas, sino tan sólo un conjunto de comportamientos normales en la infancia que, en su opinión, no requieren la administración de fármacos como los que suelen prescribirse (véanse, por ejemplo, los trabajos del doctor Thomas Szasz y, también, APA, 1984).

¹²⁵ Véase la nota "Prevenir antes de viajar", publicada, con información de Spia y del Centro Nacional de Enfermedades Respiratorias de Estados Unidos, en *La Jornada*, suplemento Lunes en la ciencia, lunes 30 de julio de 2001, no. 187, pp. II y III, sección Panorama.

Así pues, es posible discernir algunos de los grupos sociales que se hallan más afectados por el insomnio u otros trastornos de sueño y que utilizan, por ello, hipnóticos con mayor frecuencia: las mujeres, los negros, los divorciados, separados o viudos; los que tienen dificultades económicas;¹²⁶ los habitantes de las grandes ciudades y, en particular, los de nivel socioeconómico bajo; las personas que padecen una enfermedad orgánica, alguna tensión emocional o un trastorno psiquiátrico (ansiedad y depresión, principalmente); los ancianos (en particular los que viven en asilos), los pacientes hospitalizados y los pacientes de atención primaria; los que han estado expuestos a situaciones de guerra y los que se han habituado a fármacos que crean tolerancia; las personas que han perdido a un ser querido o se han separado de él; las que trabajan en condiciones laborales de gran exigencia o en condiciones tales que se pone en riesgo su salud; los estudiantes universitarios y, en particular y con más frecuencia en los años más recientes, los adolescentes (Agargun y Kara, 1998; Carlson y Cordova, 1999; Dahl, 1992; Dickstein, 1982; Floyd, 1999; Janson et al., 1995; Neylan et al., 1998; Williams y Karacan, 1985).

¹²⁶ En pocas palabras, los grupos que desempeñan, por su situación socioeconómica, el papel de minorías (entre otros, desempleados y personas con baja escolaridad; véase Aldrich, 1999). Entonces es posible que los inmigrantes y, de ellos, los adolescentes y las mujeres, sean también grupos de alto riesgo en cuanto al insomnio crónico y otros trastornos de sueño (véase Santos, Bohon y Sánchez-Sosa, 1998). Según se ha anotado recientemente, "los jóvenes mexicanos enfrentan cada vez más dificultades para independizarse de sus familias, tienen pocas oportunidades de seguir estudiando y de obtener un empleo." Algunos de los resultados de la Encuesta Nacional de la Juventud refieren que 70% de los jóvenes entre los 12 y los 29 años siguen viviendo con ambos padres o con uno de ellos por falta de recursos económicos y 30% han salido del hogar paterno; cerca del 50% truncaron sus estudios entre los 12 y los 19 años; 20% estaban buscando trabajo en el momento de la entrevista; 24% estaban buscando un trabajo de tiempo completo; 51%, uno de jornada parcial y 25%, "de lo que sea". "El Instituto Mexicano de la Juventud considera que la frontera final del significado de ser joven, que consiste en la emancipación, se ha comenzado a diluir en México, porque este sector difícilmente logra independencia económica, administra sus recursos, y constituye su propio hogar." (Tomado, con modificaciones, de Herrera Beltrán, agosto 12, 2001.)

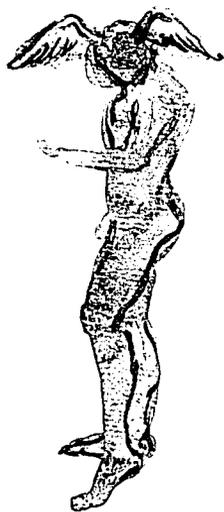
¡Padre mío, no seas tan estricto!
Pues si no puedo tres veces al día
beber mi tacita de café,
me volveré entonces, para mi dolor,
un cabrito seco para asar.

¡Ah, qué dulce sabe el café,
más dulce que mil besos,
más suave que el vino moscatel!

Café, café, debo tenerlo,
y si alguien quiere tratarme,
¡Ah, que llene entonces mi taza de café!

Ningún pretendiente vendrá a mi casa
a menos que me haya hecho la promesa
y haya puesto en el contrato, también,
que estaré autorizada a preparar,
mi café, cuando lo deseé.

De la *Cantata del café* "Schweigt stille, plaudert nicht" ["Estáte quieta, no hables"], BWV 211,
de Johann Sebastian Bach, músico alemán (1685-1750), escrita en 1734 o 1735 en Leipzig,
Alemania (traducción al inglés de Z. Philip Ambrose, Universidad de Vermont, 1984).



15. Prevención y estilos de vida: los factores de crianza

El impacto del estilo de vida como impulsor de diversos trastornos de la salud obliga, por tanto, a tomar medidas al respecto: debe buscarse la manera de evitar que hagan acto de presencia factores que puedan predisponer a un individuo, desde sus primeros años de vida,¹²⁷ al surgimiento de padecimientos como los aquí referidos. Para que un paciente con un problema específico de salud cumpla con los regímenes terapéuticos necesarios (la llamada *adherencia terapéutica*),¹²⁸ no basta con ofrecerle información relacionada con su enfermedad y con la forma de curarla: es necesario "modificar y prevenir los hábitos y estilos de vida que representen un riesgo potencial" a su salud (Domínguez, 1985, p. 76).

Es éste uno de los componentes de la doble revolución que ya ha comenzado a gestarse en todas las disciplinas relacionadas con la salud humana: de un lado, la relevancia cada vez mayor de la *iatrogenia* como causa de problemas de salud; del otro, los pacientes como elementos "...activos en el proceso del estudio y tratamiento de sus propias enfermedades, fundamentalmente en cuanto a la percepción del concepto **calidad de vida**, y ya no como sujetos pasivos y obedientes" (Leonardo Viniegra, citado por Ponce de León, 1995, octubre 31).¹²⁹

¹²⁷ Las personas con insomnio parecen no haber tenido experiencias familiares positivas en su infancia. Incluso se presentaron en ellas más pesadillas, problemas para dormir y para comer, al compararlos con niños cuyo sueño resultaría ser, en la edad adulta, comparativamente asintomático (Healey, Kales, Monroe, Bixler, Chamberlin y Soldatos, 1981). Estos datos son importantes para explicar el "mayor grado de vulnerabilidad personal durante la infancia, por un lado, y antes y durante su problema de sueño, por el otro."

¹²⁸ Originalmente se definió con ese nombre (o con los de *alianza terapéutica*, *observancia terapéutica*, *cooperación terapéutica*, *adhesión terapéutica*, *concordancia terapéutica*, *colaboración terapéutica*, *cumplimiento terapéutico*), principalmente en el área de la terapéutica farmacológica, al "grado en el que la conducta del paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o el personal sanitario" (Basterra Gabarró, 1999; Blackwell, 1972; Blackwell, 1976; Haynes, 1976). Más tarde comenzó a aplicarse en otras áreas de la salud, en donde llegó a definirse como el "proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas" (Puente-Silva, 1985). Otro de los sinónimos es *apego al tratamiento* (véase la ponencia "La psicoeducación en el tratamiento integral del adolescente", presentada por F. de la Peña en la XVI Reunión Anual de Investigación, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", México, Distrito Federal, 28 de septiembre de 2001). Hay que considerar que, "aunque muchos se quejan de que no pueden dormir como quisieran, pocos son los que finalmente consultan a un profesional de la salud (...) 85% de quienes padecían insomnio grave (en un estudio a nivel nacional) no recibieron tratamiento de ningún tipo" (Monane, 1992).

¹²⁹ En México, desde 1989 la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, hoy Secretaría de Salud) comenzó a definir estrategias para prevenir, atender y denunciar los casos de violencia familiar, al firmar un acuerdo de colaboración en materia de salud y justicia con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, y en 1999 signó un convenio internacional de asistencia con el Banco Interamericano de Desarrollo y con El Colegio de México, en apoyo y seguimiento a la política operativa sobre la mujer en el proceso de desarrollo, conforme a los

Para la prevención o, dado el caso, el tratamiento de las dificultades que presentan en su sueño los que duermen poco o duermen mal, es necesario modificar o restringir las actividades cotidianas de un individuo que, asociadas al estrés,¹³⁰ pudiesen conducirlo a padecer éste u otros problemas de salud mental (Berkowitz y Perkins, 1985; Everitt et al., 1990; Sánchez-Sosa, 1985). En la promoción de la salud es innegable el papel que desempeñan las instituciones, al hacer énfasis en los **estilos de vida de alto riesgo**. Las prácticas cotidianas presentes comúnmente en la casa, en el trabajo o la escuela, en las reuniones sociales, deberán analizarse en cuanto a su congruencia o incongruencia con las demandas ambientales, personales y sociales de la civilización contemporánea, a fin de evitar el inicio y la progresiva generalización de los problemas de salud mental. Entrevistas estructuradas llevadas a cabo con 4000 residentes en Japón escogidos al azar por Kim y sus colaboradores (1999) permitieron ver que, en ese país, el estrés está relacionado significativamente tanto con la dificultad para iniciar o mantener el sueño como con el consumo de hipnóticos y el hábito de despertarse temprano, antes de lo planeado.

Otro nivel de análisis con respecto a las dificultades en el dormir consiste, por consiguiente, en la búsqueda de la posible asociación entre dichas dificultades y **eventos vitales o estilos reiterados en la crianza**.

Entre otras, es factible que **la relación con el padre** sea una variable importante como factor de riesgo psicológico para el surgimiento de los problemas para dormir. Ya se ha confirmado que el trato del padre y su presencia poco frecuente o nula en los años de crianza pueden predisponer a un individuo a problemas diversos de salud mental (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1992). De igual modo, **la ansiedad como trastorno**, que a su vez incluye pérdidas paternas durante la niñez como un factor de riesgo significativo (Sánchez-Sosa et al., 1992), puede ser un factor de riesgo significativo en lo tocante a dificultades en el dormir.¹³¹

acuerdos de 1994 en El Cairo, Egipto, aplicando el Programa Regional de Prevención y Atención de la Violencia contra la Mujer (Gómez, 2001, septiembre 24). Para el caso particular del insomnio y su importancia epidemiológica en el estudio de la toma de decisiones en la consulta clínica tanto médica como psicológica, véase Everitt, Avorn y Baker (1990).

¹³⁰ La preocupación por la salud y la somatización, tan frecuentes en las personas con problemas para dormir, pueden considerarse tanto una respuesta ante el estrés como un mecanismo para mitigarlo (Healey, Kales, Monroe, Bixler, Chamberlin y Soldatos, 1981).

¹³¹ Aunque no se ha demostrado que el sonambulismo, por ejemplo, se deba a factores emocionales, suele presentarse en adultos con neurosis de ansiedad o en estados de gran estrés o tensión (Alonso, 2001; Lavie, 1996/1997).

Se entiende, por supuesto, que hay grandes diferencias en la relevancia de las variables que se buscaría modificar para prevenir o tratar las dificultades en el dormir. "Es mucho más realista que un individuo o su familia ajusten sus prácticas de interacción cotidiana que suponer que pueden cambiar fácilmente su nivel educativo, socioeconómico o mudarse de ciudad; ya no se diga alterar sus características genéticas." (Sánchez-Sosa et al., 1992).

Es necesario recordar que la psicología y, en general, las actividades o disciplinas relacionadas con la salud mental se han dedicado a dar tratamiento a los problemas o trastornos relacionados con este ámbito. No obstante, es imprescindible que se busque "prevenirlos antes de la aparición de los primeros signos de deterioro". Tal es el concepto de *prevención primaria* (Sánchez-Sosa et al., 1992).

16. Fundamentos del estudio

Hasta aquí, puede fundamentarse la realización de la investigación objeto del presente trabajo en las siguientes consideraciones:

- a) Es necesario conocer a fondo los **estilos de vida y patrones de interacción familiar y social** que, desarrollados a lo largo de la vida de un individuo, pueden llevarlo a padecer diversos tipos y grados de problemas de salud psicológica (en este caso, las dificultades para dormir) (Santos, Bohon y Sánchez-Sosa, 1995, por ejemplo, muestran la importancia que revisten los conflictos conyugales y otros factores relacionados con el nivel socioeconómico para generar o predecir problemas en la salud mental); pero
- b) hasta ahora, las investigaciones que se han realizado al respecto sólo han efectuado correlaciones uno a uno, al intentar encontrar asociaciones entre uno de los factores de riesgo y una de las variables dependientes de interés (insomnio, principalmente);
- c) se requieren, por ello, **estudios retrospectivos** que establezcan **relaciones múltiples** entre los diversos factores de riesgo (autoinformados) y uno o más de los signos o síntomas de interés del deterioro de la salud mental.

Por consiguiente, esta investigación, que formó parte de un proyecto más general sobre la *prevención de la salud mental*,¹³² se ha planteado los siguientes objetivos:

- a) detectar los **factores de riesgo** (o variables interactivas y de desarrollo) **autoinformados** en una población abierta de sujetos aparentemente sanos (Valenzuela, 1994) determinando, a la vez, la aplicabilidad de un inventario que asocie la salud, los estilos de vida y el comportamiento);

¹³² El Programa de Prevención Primaria en Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), creado y dirigido desde 1985 por el doctor Juan José Sánchez Sosa (Sánchez-Sosa, 1986), ha estado interesado en problemas de salud tan diversos como el asma, el estrés, el tabaquismo, las secuelas emocionales del abuso sexual y de la violencia familiar, y los ataques de angustia/pánico, entre otros (véase, más adelante, una enumeración de los trabajos correspondientes).

- b) efectuar una comparación estadística entre los resultados de la aplicación del inventario a un grupo de sujetos con dificultades diversas relacionadas con el dormir, por un lado, y a un grupo de sujetos que dijeron no tener ninguna dificultad importante o frecuente en el sueño;
- c) en consecuencia, examinar las características o actividades cotidianas de un individuo (antecedentes familiares, conductas en la infancia, eventos estresantes en la vida, antecedentes de insomnio transitorio, características de la personalidad, etcétera) que pueden considerarse premórbidas en algunos individuos, es decir, cuáles los hacen más propensos a padecer, transcurrido cierto tiempo, una dificultad grave o crónica para dormir, y
- d) obtener información sobre la frecuencia, en la población abierta, de dificultades diversas en la conducta de sueño.

Aquellos que compararon nuestra vida con un sueño tenían razón...
Durmiendo despertamos, y despertando dormimos.

Michel Eyquem, Seigneur de Montaigne, ensayista francés (1533-1592).



Hypnos, dios griego del sueño, es representado como un joven desnudo con alas atadas a sus sienas o como un hombre barbado con alas en los hombros o en las sienas. En la mano derecha lleva un cuerno con opio, inductor del sueño; en la izquierda, un ramo de amapolas, o bien una rama de la que gotea el rocío del río Leteo (según la *Dionisiaca*, de Nono, c. siglo V a.C.). Ovidio sitúa su morada en el mítico país de los Cimerios, y la describe como una gruta a donde nunca llegan los rayos del sol y donde todo duerme una especie de sueño mágico. A su alrededor, multitud de geniecillos sólo interrumpen su descanso para visitar a los mortales durante la noche. Pintura en vasija, cerámica griega de Apulia, Italia, c. siglo IV a.C. (www.theoi.com/khaos/hypnos.html)

MÉTODO

Participantes

La muestra consistió en un grupo de aproximadamente 3432 sujetos, estudiantes de bachillerato (concretamente, de los cinco planteles del Colegio de Ciencias y Humanidades y de los nueve de la Escuela Nacional Preparatoria de la UNAM). Se seleccionó a los sujetos aleatoriamente, a través de un muestreo probabilístico estratificado, por medio del cual todos los grupos académicos tuvieron la misma probabilidad de formar parte de la muestra. La edad de los participantes osciló entre los 15 y los 18 años.

Instrumento

El instrumento utilizado (el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento o S.E.Vi.C.) es una escala estandarizada (Sánchez-Sosa, 1990) con reactivos de cinco o más opciones, validada contra el DSM-III-R y por veinte expertos terapeutas por un procedimiento doble ciego. Consta de las siguientes variables interactivas:

- a) Una primera sección con una lista de 98 preguntas (de opción múltiple, en su mayor parte) acerca de problemas de salud que cualquier individuo puede llegar a presentar en distintos momentos de su vida. Se trata de problemas adaptativos frecuentes: dificultades en las relaciones interpersonales, distorsiones en la percepción del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, incomodidad subjetiva, preocupaciones o miedos irracionales, reacciones emocionales disfuncionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiera con el funcionamiento adecuado del individuo, práctica de actividades que puedan objetar las personas que lo rodean, o desviaciones en el comportamiento que conduzcan a sanciones sociales.
- b) La segunda sección contiene 106 enunciados o preguntas de opción múltiple (25% de ellas abiertas) acerca de las interacciones familiares y la crianza en condiciones normales. Se incluyen, aquí, 14 reactivos referentes a las principales características sociodemográficas de los participantes (véase Apéndice A).

Se utilizaron, como fuentes de validación de contenido para la construcción de los reactivos, aquellos que hubiesen mostrado una documentación confiable en la literatura de investigación. Para su diseño se usaron los procedimientos aceptados generalmente en la construcción de instrumentos de encuesta. Por tanto, los criterios para seleccionar los signos de desajuste psicológico y las características específicas de los estilos de crianza e interactivos en la familia fueron los siguientes (Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1992):

- a) La sección del inventario acerca del deterioro adaptativo de la salud psicológica presenta una paráfrasis directa, redactada con sencillez en primera persona del singular, de las descripciones taxonómicas clasificadas por el DSM-III-R dentro del rubro relativo a los desórdenes de la personalidad, para lo cual se excluyeron los cuadros clínicos que implican una ruptura funcional con la realidad (psicosis, por ejemplo); y
- b) la sección de estilos de crianza e interacciones familiares se basó, principalmente, en el análisis de las líneas de investigación centradas en los componentes interpersonales y de prácticas de crianza que definen un **estilo interactivo** (Sánchez-Sosa et al., 1992).

Se obtuvo, después de revisar versiones sucesivas del cuestionario, un grado de consistencia interjueces no menor al 80%. La consistencia de la pertenencia de los reactivos a áreas generales de agrupación de reactivos, con base en el análisis de las respuestas de una muestra de 3700 adolescentes, arrojó valores de alfa de Cronbach que oscilan entre .68 y .80.

Estructura factorial

Empíricamente, los reactivos del inventario se aglomeraron o agruparon con respecto a los factores siguientes:

- a) *Sustancias adictivas en los padres.* Aquí quedan incluidos los reactivos relacionados con el consumo de sustancias adictivas por el padre y con el consumo de sustancias adictivas por la madre.
- b) *Relación con el padre.* Se incluyen, aquí, reactivos relacionados con las órdenes ofensivas del padre y con el castigo justificado del padre.
- c) *Relación con la madre.* Comprende las variables expresión de afecto en la madre, las comparaciones negativas de la madre y la cohabitación de la madre.
- d) *Peleas entre los padres.* Incluye la variable amenazas de divorcio en los padres.
- e) *Experiencias emocionales.* Con este factor está relacionada la variable crianza hasta los 14 años (referente a si la persona que contesta el reactivo fue criada en la infancia con su madre y/o con su padre o con otras personas: otros parientes, padres adoptivos, etcétera).
- f) *Castigo físico.* Incluye la variable de crianza aplicación de castigo físico por la madre.
- g) *Deporte.* Aquí quedan comprendidos los reactivos referentes a habilidades deportivas.
- h) *Escuela.* Se refiere a la variable de crianza actitud hacia la escuela.

Diseño

El diseño o esquema de comparaciones utilizado en el presente estudio no es estrictamente experimental, dado que no consistió en detectar el efecto de la administración directa de una variable independiente en una o más variables dependientes. Se trata, más bien, de un diseño con dos grupos o submuestras contrastadas, basado en la comparación estadística de dos conjuntos de sujetos: los que contestaron, por un lado, negativamente (es decir, puntajes bajos) y, por el otro, afirmativamente (puntajes altos) en cada una de las siete preguntas elegidas del inventario (reactivos blanco):

- 1) "Duermo muy poco" (P16)
- 2) "Tomo pastillas para dormir o para los nervios" (P12)
- 3) "Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho" (P67)
- 4) "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror" (P68)
- 5) "Soy sonámbulo(a), camino dormido(a)" (P69)
- 6) "He tenido problemas con el sueño (o dormir) durante..." (P94)

El presente estudio es, por lo tanto, de tipo **correlacional y de análisis de diferencias** (un estudio *retrospectivo ex post facto*), pues se buscó una asociación entre dos grupos de variables: a) la frecuencia y severidad del insomnio y b) las variables en que los grupos diferían en cuanto al estilo interactivo y de crianza de los que se consideraron sus padres funcionales (reales o adoptivos).

Por consiguiente, se intentó detectar los factores de riesgo que distinguen significativamente a un grupo del otro, analizando cuántos y cuáles de los cúmulos de variables incluidas en el instrumento se asocian entre sí repetida y significativamente, a fin de poder plantear la hipótesis de que dichas asociaciones explican el origen o generación, con el paso del tiempo, de dificultades para dormir en los adolescentes escolares. Expresado de otro modo: ¿En qué se parecen, desde un punto de vista interactivo y con respecto a su historia temprana y reciente, los individuos que se quejan de dificultades frecuentes e intensas para dormir? ¿Con qué variables se asocian repetida y sistemáticamente, en el ámbito de las prácticas de crianza o estilos parentales, las dificultades crónicas e intensas para dormir?

Hipótesis

En función de tales consideraciones y de los objetivos ya mencionados, se plantearon como hipótesis las que siguen:

- a) Los sujetos propensos a las dificultades crónicas en el dormir tenderán a contestar afirmativamente las preguntas del inventario dirigidas a los aspectos más relacionados con patrones característicos de interacción familiar y social, y con un estilo de vida tal que implique la posibilidad de que se presenten, por una parte, problemas relacionados sistemáticamente con un manejo inadecuado del estrés y, por la otra, niveles atípicos de ansiedad o toxicidad. Aunque sea implícitamente, aquí se está haciendo referencia al total de reactivos del inventario relacionados con la crianza y las interacciones familiares.
- b) Es de esperarse que los sujetos con propensión a las dificultades crónicas en el sueño difieran significativamente, en un conjunto de factores de riesgo específicos, de aquellos que no manifiesten una tendencia clara a padecer dichas dificultades.
- c) De las actividades cotidianas de un individuo considerado normal, las que representen un mejor indicio de una predisposición evidente a las dificultades crónicas en el sueño posiblemente serán, según la definición que de *problema psicológico* proponen Kanfer y Goldstein (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991), las relacionadas con dificultades en sus relaciones interpersonales (principalmente familiares), en su percepción del mundo o en sus actitudes hacia sí mismo (una insatisfacción mayor con la vida, un concepto negativo de sí mismo). Por otro lado, se incluyen una incomodidad subjetiva, con preocupaciones o miedos que sólo puedan desaparecer con la ayuda de un profesional; deficiencias o excesos conductuales que, en opinión del propio individuo o de los demás, interfieran con su funcionamiento adecuado; la práctica de actividades que puedan traer como resultado consecuencias negativas para la persona misma o para quienes la rodean y que, por lo tanto, puedan resultar dignas de objeción para éstos o para aquélla; las dificultades previas para iniciar o mantener el sueño y, por último, desviaciones de conducta que puedan dar lugar a la aplicación de graves sanciones sociales (es decir, las conductas descritas en la segunda sección del instrumento).

Procedimiento

Después de haber seleccionado al azar los grupos de alumnos que formarían parte de la muestra, se reclutó a quince personas para aplicar el instrumento, profesores que reunirían las siguientes características: a) contar con un mínimo de cinco años de experiencia en el manejo docente de grupos de adolescentes, b) mostrar disposición para participar en el estudio como aplicadores del instrumento y c) completar una sesión intensiva de adiestramiento, para estandarizar la presentación de las instrucciones a los sujetos y la conducción de las sesiones de recolección de datos, durante las cuales los sujetos contestarían en hojas de lectura óptica. Las instrucciones que se dieron a los alumnos oralmente y por escrito son las siguientes:

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud, y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escribas tu nombre ni hagas anotaciones que te puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos y de ayuda. No hay respuestas buenas ni malas; por favor contesta las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

La mayoría de las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor selecciona la opción que mejor refleje tu propio caso, rellenando completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas, como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerda: no hay respuestas buenas ni malas; por tanto, no te preocupes por puntajes ni calificaciones. Por favor, lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado, y contesta con la verdad. Recuerda que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para ti mismo(a) o para otras personas y familias. Si tienes alguna pregunta o duda, con toda confianza preguntanos, y con mucho gusto te orientaremos.

La primera parte del cuestionario contiene información general de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de la vida. La segunda parte tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. No escribas ni hagas marcas en este cuestionario..."

Después de explicar el propósito general de la encuesta y de distribuir los cuestionarios para que se contestaran, el aplicador no volvía a intervenir, salvo que hubiera dudas por parte de algún alumno. Se hizo énfasis, durante el entrenamiento de los docentes-aplicadores, en que éstos se limitarían a parafrasear alguno de los reactivos, cuando hubiese alguna pregunta acerca de su redacción, tratando de no inducir artificialmente ninguna respuesta. En cuanto un alumno terminaba de contestar el inventario, se le pedía, para garantizar el anonimato del sujeto, que lo dejara sobre una de las pilas que había en el escritorio, y que dejara la hoja de respuestas en la otra. Inmediatamente después, se le agradecía su participación y se le despedía.

Para analizar las respuestas de los sujetos, se determinó un punto de corte "límitrofe", con base en la frecuencia de ocurrencia del problema. De las cinco o más posibles opciones de cada reactivo, se agruparon las respuestas a las dos opciones más altas de frecuencia (Frecuentemente y Siempre o casi siempre) y a las dos más bajas (Nunca o casi nunca y Pocas veces), en lo que se llamó nivel alto (más del 60% del tiempo) y nivel bajo (menos del 40% de las veces), respectivamente (sin considerar la opción intermedia: A veces sí, a veces no). De esta manera se constituyó la muestra final de 3432 sujetos. Los niveles alto y bajo para los reactivos de la segunda sección del inventario (reactivos sobre crianza e interacciones familiares) implican un nivel relativo de riesgo, de la misma manera que los niveles alto y bajo en la primera sección (reactivos sobre problemas de salud o de adaptación) implican severidad o persistencia.

Las comparaciones estadísticas se realizaron, más específicamente, entre los sujetos que afirmaron tener un nivel bajo, por un lado, y los que afirmaron tener un nivel alto, por el otro, en los siguientes reactivos de la sección relacionada con problemas de salud o de adaptación:

- a) "Duermo muy poco" (P16)
- b) "Tomo pastillas para dormir o para los nervios" (P12)
- c) "Tengo pesadillas que me asustan mucho" (P67)
- d) "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror" (P68)
- e) "Soy sonámbulo" (P69)
- f) "He tenido problemas para dormir durante..." (P94)

En otras palabras, se comparó a los sujetos que habían elegido, para estos seis reactivos, cualquiera de las dos primeras opciones de frecuencia y los que eligieron cualquiera de las dos últimas. Con base en estos reactivos, se compararon las frecuencias extremas con las que los adolescentes de cada sexo (mujeres por un lado, varones por el otro) dijeron que sí se presentaban (frecuencias del extremo positivo, representadas en las gráficas como una sola, con la etiqueta Siempre o casi siempre) o que no se presentaban (frecuencias del extremo negativo, representadas también como una sola, con la etiqueta Nunca o casi nunca) las variables de la sección del inventario relacionada con estilos de crianza e interacciones familiares. Las observaciones faltantes de cada reactivo no se tomaron en cuenta, por lo cual el número total de sujetos (N) fue diferente para cada pregunta.

Para fines comparativos, se añadieron los datos correspondientes a las frecuencias de las preguntas: "Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche" (P18) y "He usado drogas o sustancias durante..." (P87).

Análisis estadístico de los datos

Se efectuó, en primer lugar, un análisis descriptivo de las frecuencias absolutas y relativas en las respuestas a los reactivos: "Duermo muy poco" (P16), "Tomo pastillas para dormir o para los nervios" (P12), "Tengo pesadillas que me asustan mucho" (P67), "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror" (P68), "Soy sonámbulo" (P69) y "He tenido problemas para dormir durante..." (P94). Como información adicional, se registraron únicamente las frecuencias en las respuestas a los reactivos: "Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche" (P18) y "He usado drogas¹³³ durante..." (P87).

Los datos obtenidos se sometieron a un análisis factorial de las correlaciones observadas entre los grupos resultantes de sujetos: adolescentes que dormían poco y adolescentes que no dormían poco (P16); adolescentes que usaban pastillas para dormir o para los nervios y los que no (P12); adolescentes con pesadillas y sin pesadillas (P67); adolescentes que se despertaban gritando, con mucho miedo o terror y los que no (P68); adolescentes con y sin sonambulismo (P69) y, por último, adolescentes que han tenido problemas para dormir desde hace poco o desde hace mucho tiempo (P94). Lo anterior al efectuar comparaciones estadísticas entre los mismos, tanto en los que presentaron un mayor número de respuestas afirmativas en términos de riesgo como en los que mostraron una mayor cantidad de respuestas negativas. No se obtuvieron correlaciones respecto a los adolescentes que deseaban quedarse dormidos todo el día (P18) ni tampoco sobre el tiempo que han estado consumiendo sustancias adictivas (P87).

Se diseñó una representación gráfica de los resultados, con el fin de hacer más clara la exposición. Se utilizó un nivel de significancia del .05 o menos, como probabilidad asociada a relaciones atribuibles a variables aleatorias.

¹³³ Para que las comprendan fácilmente las personas a quienes se les aplica, el inventario S.E.Vi.C. utiliza, en las preguntas relacionadas con el uso de sustancias adictivas, el término coloquial (*drogas*) (véase Apéndice B).

Se analizaron las distribuciones porcentuales en los adolescentes de ambos sexos por separado, contrastados en función de los hábitos de crianza más frecuentes, incluidas las variables más significativas, es decir, aquéllas con valores más altos en el coeficiente de correlación de Pearson (r) o en el coeficiente de correlación de Spearman (ρ) o en ambos, los cuales se calcularon considerando, por un lado, las respuestas a todas las preguntas de la segunda parte del inventario, relacionada con factores de crianza, y las respuestas a los siete reactivos blanco de la primera parte, por el otro. Se obtuvieron, así, los porcentajes correspondientes a las que finalmente se consideraron las variables más significativas (después se excluyeron, de entre estas últimas, las que pudieron deberse a razones poco verosímiles para su edad: el estado civil, los problemas con compañeros de trabajo, etcétera).

Las figuras muestran las distribuciones porcentuales de los sujetos adolescentes que dormían poco y los que no, de los que afirmaron usar somníferos o tranquilizantes y los que no, de los que dijeron tener dificultades para dormir y los que no, de los que dijeron tener pesadillas con frecuencia y los que no, etcétera, todos ellos contrastados en función de frecuencias (círculo para el nivel bajo, cuadro para el nivel alto de la variable en cuestión, en ambos casos unidos por una línea) y, también, en función de los factores específicos más significativos ($p < .0001$) del estilo de crianza e interacciones que, según informaron, ponían en práctica sus padres más frecuentemente. En cada una: a) la ordenada muestra el porcentaje de sujetos correspondiente a alguno de los dos niveles de frecuencia creados al analizar las respuestas (los ya mencionados: nivel alto y nivel bajo) de uno de los reactivos blanco (las distintas dificultades para dormir) en correlación con alguno de los niveles de frecuencia de una de las variables de crianza, es decir, qué tanto de los sujetos de la muestra afirmaron que la coexistencia de ambas situaciones (un reactivo blanco y una variable de crianza) había sido válida, en su caso, durante la infancia (aproximadamente de los cinco a los 14 años de edad); y b) la abscisa muestra la frecuencia con la que se presentaron dichas coexistencias.

Las treinta y ocho gráficas aquí incluidas representan, por razones de espacio, únicamente una parte de las variables que resultaron más significativas, respecto a los seis reactivos blanco analizados, de entre los reactivos de la sección del inventario relacionada con la crianza y las interacciones familiares. Sólo en los casos en los que la diferencia entre los sexos resultó significativa se presentan los valores de cada sexo por separado.

Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (r) entre cada reactivo blanco (relacionados con dificultades diversas para dormir) y cada uno de los valores de los reactivos de la sección de los estilos de crianza e interacciones familiares. Este tipo de correlación se llevó a cabo porque se supuso que la distribución probable de la frecuencia de dificultades diversas para dormir se aproxima, en una población aparentemente sana, a la **distribución normal**. También se calculó el coeficiente de Spearman, con sus respectivas tablas de contingencia, ante la posibilidad de que se considerara que era una **diferencia de grado**, y no una diferencia intervalar o de razón, lo que se observaba al comparar los niveles de frecuencia de las respuestas del inventario.

Se aplicó, a partir de este cálculo, un **modelo de regresión logística**, con objeto de averiguar cuáles de aquellas variables que, según los coeficientes calculados, se correlacionan significativamente, pueden predecir las diversas dificultades para dormir con mayor precisión (véanse pp. 313-335 de Ferrán, 1996).

Se calculó una chi cuadrada (χ)¹³⁴ para evaluar la diferencia entre los valores de estilos de crianza, comparando: a) los sujetos de la submuestra con alta frecuencia de dificultades para dormir (nivel alto, equivalente a dormir poco), con consumo frecuente de somníferos o tranquilizantes (nivel alto, equivalente a consumir este tipo de medicamentos) o con frecuencia alta en cualquiera de las demás variables consideradas (nivel alto, equivalente a despertarse frecuentemente con miedo, con pesadillas o con sonambulismo, por ejemplo) referidas en los reactivos analizados, con b) los que en tales reactivos dieron respuestas que representaron una frecuencia baja (nivel bajo, equivalente a no dormir poco; nivel bajo, equivalente a no consumir medicamentos para dormir o tranquilizarse, etcétera, respectivamente).

La chi cuadrada (χ) sirve para evaluar una hipótesis planteada acerca de la relación entre dos variables categóricas, es decir, para probar una hipótesis de tipo **correlacional**. No puede plantearse en absoluto, al hacer uso de esta prueba estadística, la posibilidad de que haya relaciones causales entre las variables estudiadas.

¹³⁴ Si bien algunos autores la llaman también "chi cuadrada de Pearson" (véanse, por ejemplo, los artículos aparecidos en las páginas de Internet: <http://actapediatrmex.entornomedico.org/archivo/1999/no2vo/20.html> y <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/serie29composite.pdf>, aquí se decidió, para evitar confusiones con el coeficiente de correlación del mismo nombre, utilizar la denominación más comúnmente aplicada en la Facultad de Psicología de la UNAM.

Se supuso que la escala de opciones para todos los reactivos incluidos en el análisis contaba con el equivalente lingüístico de una proporción específica de ocurrencia que el sujeto debía estimar. Las frases fueron: Nunca o casi nunca (equivalente a menos de 20% del tiempo), Pocas veces (20% a 40% del tiempo), A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo), Frecuentemente (60% a 80% del tiempo) y Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo). Así, el cálculo de la frecuencia, extremidad y/o cronicidad en cada reactivo se distribuyó a lo largo de intervalos aparentemente iguales, lo que permitiría suponer un nivel intervalar de medida. Tampoco supone esta prueba la existencia de relaciones causales entre las variables estudiadas.

Se calculó, asimismo, la **tasa o porcentaje de probabilidad [likelihood ratio] o razón de verosimilitud de chi cuadrada** como una corrección de chi cuadrada para cuando hubiese pocos casos en las celdillas. Por otra parte, se aplicó la **prueba de Mantel-Haenszel** (medida de asociación lineal que, construida a partir del coeficiente de correlación de Pearson, sirve para contrastar la hipótesis nula, la cual supone la inexistencia de una correlación entre los valores de dos variables en escala de intervalo o de razón¹³⁵) para evaluar la significancia en la asociación lineal. Como la significancia de la tasa o porcentaje de probabilidad (razón de verosimilitud) de chi cuadrada también fue menor a 0.05, también se rechazó la hipótesis nula.¹³⁶

La elección de todas estas pruebas estadísticas obedeció a la necesidad de trabajar con el diseño de **dos muestras independientes** y un esquema de comparaciones, con el uso de una matriz de contingencia.

Con objeto de someter a una prueba adicional la significancia estadística de los datos, como si las suposiciones estadísticas paramétricas mencionadas no se sostuvieran, se calculó la chi cuadrada para cada diferencia en los valores de los estilos de crianza, para los adolescentes con y sin problemas de sueño, para los adolescentes con y sin consumo de somníferos o tranquilizantes, para los adolescentes con y sin despertares frecuentes con miedo, etcétera. Los requisitos de medición para esta prueba en particular quedan dentro del **nivel nominal**, y no requieren la suposición de una distribución normal en la frecuencia de las variables, en una población abierta.

¹³⁵ Véase Ferrán (1996), p. 165.

¹³⁶ Véase Ferrán (1996), p. 144.

No se utilizó un análisis de varianza, sino más bien un análisis factorial, debido a que este trabajo no implicó el estudio de variables dependientes e independientes. Por esa misma razón no se efectuó una regresión múltiple, pues los factores aquí estudiados no tienen, cada uno, un valor numérico específico. Además no se trataba, como ya se dijo, de evaluar relaciones causales entre los factores.



Heracles (Hércules) e Hypnos (Somnum) con Alcioneo, gigante descomunal que, en la lucha contra los dioses, hijos de la Tierra (Gea) y el cielo (Urano), fue atravesado por una flecha de Heracles, aliado humano de los dioses. Sin embargo, se levanta más fuerte todavía pues, al igual que todos los gigantes, al entrar en contacto con la Tierra, su madre, recobra la fuerza, pero eso sólo dentro de los límites de su tierra natal. Figura en vasija de cerámica ateniense, colección del Museo de Arte de Toledo, atribuida al grupo Legaros, c. 510 a.C., periodo Arcaico tardío.

RESULTADOS

Se efectuó un análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los 3432 adolescentes de la muestra general a los reactivos aquí analizados: "Duermo muy poco" (P16), "Tomo pastillas para dormir o para los nervios" (P12), "Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho" (P67), "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror" (P68), "Soy sonámbulo(a), camino dormido(a)" (P69) y "He tenido problemas para dormir durante..." (P94), por medio del cual se encontró lo que se describe a continuación.

En primer lugar, el análisis de la distribución porcentual por frecuencias y por sexo de las respuestas a las seis preguntas blanco reveló algunas diferencias significativas (Cuadros 1 y 2):

1. Para los adolescentes que contestaron la pregunta "Duermo muy poco" (P16) (3407 o 99.3% de los adolescentes entrevistados):
 - a) En ambos sexos se observó una diferencia significativa entre quienes aseguraron no dormir poco (aproximadamente 81%) y aquellos a quienes sí les ocurría (aproximadamente 19%).
 - b) No se encontró una diferencia significativa entre los sexos. Y tampoco fue el sexo una variable significativa para este reactivo blanco ($\chi^2=0.32$, $p=.57221$).
- 2.- De los adolescentes que contestaron la pregunta "Tomo pastillas para dormir o para los nervios" (P12) (3346 o 97.5% de los adolescentes entrevistados)
 - a) Hubo una diferencia significativa entre los que dijeron tener un nivel bajo de consumo de este tipo de pastillas y los que presentaron un nivel alto (98% contra 2%, respectivamente).
 - b) No se encontró una diferencia significativa entre los sexos ($\chi^2=1.01$, $p=.31521$).

- 3.- De los adolescentes que contestaron la pregunta "Tengo pesadillas que me asustan mucho" (P67) (3294 o 96% de los adolescentes entrevistados):
- En las frecuencias bajas (nivel bajo) se agrupó una proporción mucho mayor de los adolescentes de ambos sexos (84% de las mujeres y 92% de los hombres), en comparación con las frecuencias altas (5% de las mujeres y 1% de los hombres). En la frecuencia más baja (Nunca/casi nunca) se agrupó el porcentaje más alto de los adolescentes: 27.6% de las mujeres, 34% de los hombres. En la más baja (Siempre/casi siempre), el más bajo: 0.6% de las mujeres, 0.2% de los hombres.
 - La diferencia entre los sexos sólo resultó significativa en las frecuencias altas: más del 70% de las mujeres que contestaron esta pregunta dijeron que tenían pesadillas con una alta frecuencia (Frecuentemente o Siempre/casi siempre) ($\chi^2=59.31$, $p=.00000$)
- 4.- De los que contestaron la pregunta "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror" (P68) (3332 o 97.1% de los adolescentes entrevistados):
- La diferencia entre los porcentajes por sexo del nivel bajo y los del nivel alto fue significativa: 3% y 48%, respectivamente.
 - Sí hubo diferencias significativas entre los sexos: De los que reportaron una frecuencia menor (Pocas veces), 88% correspondía a las mujeres y 12% a los hombres. De los que contestaron Frecuentemente, 63% representó a las mujeres y 37% a los hombres ($\chi^2=24.67$, $p=.00006$).
- 5.- De los adolescentes que contestaron la pregunta "Soy sonámbulo(a), camino dormido(a)" (P69) (3280 o 95.6% de los adolescentes entrevistados):
- Al igual que en las preguntas anteriores, hubo una diferencia significativa entre los porcentajes correspondientes a los niveles bajo (97% en ambos sexos) y alto (aproximadamente 2%).
 - Entre los que contestaron Frecuentemente, hubo una diferencia significativa entre los sexos: 69% de las mujeres y 31% de los hombres.
 - Sin embargo, la correlación P69-sexo no resultó significativa ($\chi^2=3.28$, $p=.51282$), tal vez por el bajo número de adolescentes que respondieron esta pregunta.

6.- De los adolescentes que contestaron la pregunta "He tenido problemas con el sueño (o dormir) durante..." (P94) (447 o 13.02% de los adolescentes entrevistados):

- a) El mayor porcentaje de las respuestas también correspondió al nivel bajo (82% de las mujeres y 74% de los hombres respondieron que los han tenido durante una semana o dos a cinco meses) y no al nivel alto (10% de las mujeres y 11% de los hombres los han tenido durante seis meses a cinco años o más).
- b) Fue en las frecuencias altas donde resultaron significativas las diferencias entre mujeres y hombres: 70% de las mujeres y 30% de los hombres dijeron haber tenido este tipo de problemas durante un lapso de seis meses a un año; 27% de las mujeres y 73% de los hombres reportaron un lapso de uno a cuatro años con este tipo de problemas; por último, 29% de las mujeres y 71% de los hombres dijeron que los tienen desde hace cinco años o más.
- c) Sin embargo, la correlación P94-sexo no resultó significativa ($\chi^2=12.95$, $p=.02390$), tal vez por el bajo número de adolescentes que contestaron esta pregunta.

7.- De los adolescentes que respondieron la pregunta "He usado drogas o sustancias durante..." (P87) (171 o 5% de los adolescentes entrevistados):

- a) La diferencia entre el nivel bajo y el nivel alto sí fue significativa.
- b) Las diferencias significativas entre los sexos se observaron en los intervalos: Una semana a un mes (31% de las mujeres, 69% de los hombres), De uno a cuatro años (12% de las mujeres, 88% de los hombres) y Cinco años o más (90% de las mujeres, 10% de los hombres).
- c) Sin embargo, la correlación P87-sexo no resultó significativa ($\chi^2=17.98$, $p=.00124$), tal vez por el bajo número de adolescentes que contestaron esta pregunta.

Cuadro 1. Frecuencia general de dificultades diversas para dormir

Reactivo	Frecuencia	Adolescentes (%)
Dormir poco (P16) (N=3407)	Nivel bajo	16.3
	Nivel alto	62.2
Consumir somníferos o tranquilizantes (P12) (N=3346)	Nivel bajo	96.0
	Nivel alto	2.5
Pesadillas (P67) (N=3294)	Nivel bajo	87.1
	Nivel alto	3.4
Despertar gritando, con miedo o terror (P68) (N=3332)	Nivel bajo	4.0
	Nivel alto	94.0
Sonambulismo (P69) (N=3280)	Nivel bajo	96.0
	Nivel alto	2.4
Cronicidad de los problemas para dormir (P94) (N=447)	1 semana a 5 meses	78.5
	1 a 5 años o más	1.5
Cronicidad del consumo de <i>drogas</i> (P87) (N=171)	1 semana a 5 meses	78.6
	1 a 5 años o más	10.0

Cuadro 2. Diferencias significativas entre los sexos (pregunta S3) en cuanto a los reactivos blanco (primera sección del inventario)

Reactivo	Frecuencia	Adolescentes (S3)	
		Mujeres (%)*	Hombres (%)*
P16	Nivel bajo/general (N=1639)	82/42	81/40
	Nivel alto/general (N=1639)	18/9	19/9
P12	Nivel bajo/general (N=2040)	99/50	98/49
	Nivel alto/general (N=2040)	1/1	2/1
P67	Nivel bajo/general (N=2075)	84/43	92/45
	Nivel alto/general (N=2075)	5/3	1/1
P68	Nivel bajo/general (N=2057)	3/1	2/1
	Nivel alto/general (N=2057)	95/49	98/48
P69	Nivel bajo/general (N=2057)	97/49	97/48
	Nivel alto/general (N=2057)	2/1	1/1
P94	Nivel bajo/general (N=237)	82/47	74/32
	Nivel alto/general (N=237)	18/10	27/11
P87	Nivel bajo/general (N=71)	62/23	71/45
	Nivel alto/general (N=71)	39/1	29/18

Nota. El número total de adolescentes de cada sexo no se tiene registrado con exactitud, pues 1679 adolescentes no contestaron la pregunta S3. Las cifras obtenidas en 885 mujeres y 868 hombres que sí la contestaron sí corresponden, aproximadamente, a la mitad de la muestra. En P16, P12, P67, P68 y P69 se consideraron sólo las dos categorías más bajas (Nunca o casi nunca y Pocas veces) y las dos más altas (Frecuentemente y Siempre, casi siempre), condensando sus datos en los niveles bajo y alto, respectivamente. En P94 y P87 se consideraron las dos más bajas (Una semana a un mes y De dos a cinco meses) y las dos más altas (De uno a cuatro años y Cinco años o más), agrupadas también en los niveles bajo y alto, respectivamente.

1. Variables de crianza

Las variables de crianza que presentaron una correlación más significativa con los reactivos blanco (el dormir poco, el consumo de somníferos o tranquilizantes, las pesadillas, el despertar gritando con miedo o terror, el sonambulismo y la cronicidad de las dificultades para dormir) fueron las siguientes:

1.1 "Duermo muy poco"

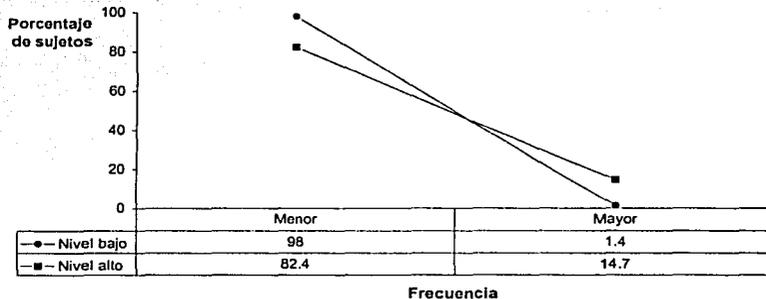
En seguida se describen los resultados de la comparación realizada, en cuanto a frecuencia, entre el "dormir muy poco" (P16) y los factores de crianza que, según los datos obtenidos al calcular las correlaciones de Pearson y de Spearman, resultaron más significativos.

La **figura 1** muestra que en 98% de los adolescentes con nivel bajo (nunca o casi nunca) y en 82.4% de los adolescentes con nivel alto (frecuentemente o casi siempre o siempre) en P16, el padre o tutor no consumía sustancias adictivas (S20) nunca o casi nunca. Por el contrario, en 14.7% de los adolescentes con nivel alto y en 1.4% de los adolescentes con nivel bajo en P16, el padre o tutor lo hacía frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=207.71$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen hacia los valores altos de frecuencia de la variable de crianza.

La **figura 2** muestra que en 3.1% de los adolescentes con nivel bajo y en 17.5% de los adolescentes con nivel alto en P16, la madre o tutora no vivió en la misma casa (S27) nunca o casi nunca. Por el contrario, en 96.6% de los adolescentes con nivel bajo y en 81.7% de los adolescentes con nivel alto en P16, la madre o tutora vivió en la misma casa frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=164.55$, $p=.00000$). La pendiente asciende hacia los valores altos de la variable de crianza.

En la **figura 3**, 97.8% de los adolescentes con nivel bajo y 81.9% de los adolescentes con nivel alto en P16 dijeron que su madre no consumía sustancias adictivas (S29) nunca o casi nunca. Por el contrario, 15.4% de los sujetos con nivel alto y 1.8% de los sujetos con nivel bajo en P16 dijeron que su madre consumía sustancias adictivas siempre o casi siempre ($\chi^2=207.99$, $p=.00000$). La pendiente desciende hacia los porcentajes bajos de la variable de crianza.

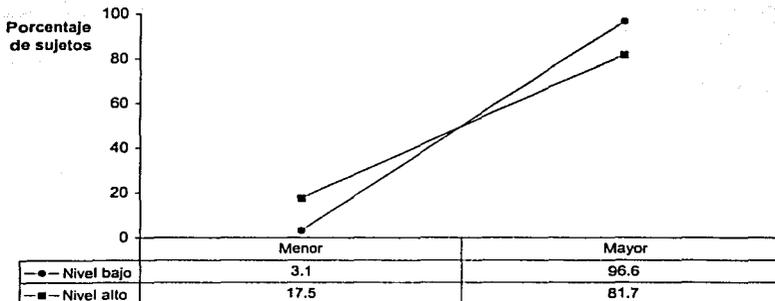
**Cantidad subjetiva de sueño
en adolescentes escolares
y uso de *drogas* en el padre**



Frecuencia

Figura 1

**Cantidad subjetiva de sueño
en adolescentes escolares
y presencia de la madre en casa**



Frecuencia

Figura 2

**Cantidad subjetiva de sueño
en adolescentes escolares
y uso de *drogas* en la madre**

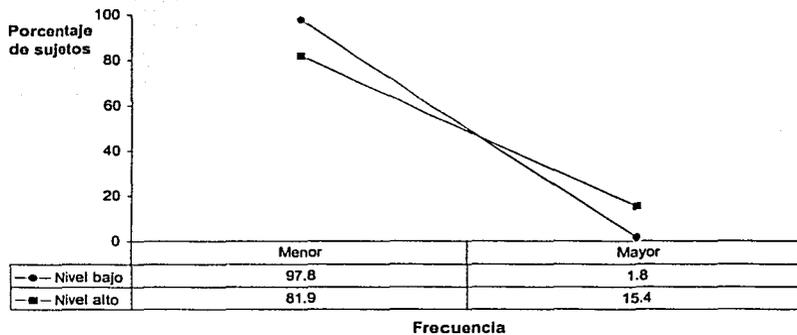


Figura 3

**Cantidad subjetiva de sueño
en adolescentes escolares
y uso de comparaciones negativas por la madre**

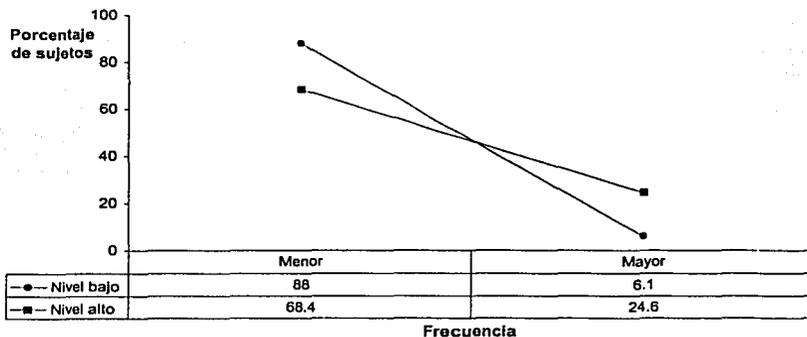


Figura 4

En la figura 4, 24.6% de los adolescentes con nivel alto y 6.1% de los adolescentes con nivel bajo en P16 dijeron que su madre los comparaba negativamente con otras personas (S40) frecuentemente o casi siempre. En cambio, 88% de los adolescentes con nivel bajo y 68.4% de los adolescentes con nivel alto en P16 dijeron que su madre no lo hacía nunca o casi nunca ($\chi^2=191.96$, $p=.00000$). Los valores muestran, también aquí, una pendiente que decrece hacia los valores altos de frecuencia de la variable de crianza (S40).

En la figura 5, 86.1% de los adolescentes con nivel bajo y 61.8% de los adolescentes con nivel alto en P16 dijeron que no recibieron nunca o casi nunca órdenes ofensivas de su padre (S43). En cambio, 6.1% de los adolescentes con nivel bajo y 25.8% de los adolescentes con nivel alto en P16 dijeron haberlas experimentado con gran frecuencia ($\chi^2=254.64$, $p=.00000$). La distribución general de frecuencias en ambos grupos decrece hacia los niveles de baja frecuencia de la variable de crianza.

En la figura 6, 22.8% de los adolescentes con nivel alto y 6.6% de los adolescentes con nivel bajo en P16 dijeron que su madre no les mostraba afecto o cariño (S50) nunca o casi nunca. En el otro extremo, 86.2% de los adolescentes con nivel bajo y 66.7% de los adolescentes con nivel alto en P16 dijeron que su madre era afectuosa con ellos con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=166.64$, $p=.00000$). Las pendientes de las distribuciones crecen hacia una frecuencia alta de la variable de crianza.

En la figura 7, 78.6% de los adolescentes con nivel bajo y 65.5% de los adolescentes con nivel alto en P16 dijeron que les gustaba o que les gustaba mucho la escuela (S68). En cambio, 19.8% de los adolescentes con nivel alto y 3.9% de los adolescentes con nivel bajo en P16 dijeron que les disgustaba o que les disgustaba mucho ($\chi^2=179.59$, $p=.00000$). Las pendientes se muestran pronunciadas desde valores altos en el gusto hasta valores bajos en el disgusto.

En la figura 8, 19.2% de los adolescentes con nivel alto y 4.3% de los adolescentes con nivel bajo en P16 se consideraron malos o muy malos para el deporte (S70). Por el contrario, 61.3% de los adolescentes con nivel bajo y 54.1% de los adolescentes con nivel alto en P16 se consideraron buenos o muy buenos ($\chi^2=165.20$, $p=.00000$). Se obtuvo una pendiente creciente desde la categoría con valores negativos respecto a las actividades deportivas (malo o muy malo) hasta la de valores positivos (bueno o muy bueno).

Cantidad subjetiva de sueño en adolescentes escolares y órdenes ofensivas del padre

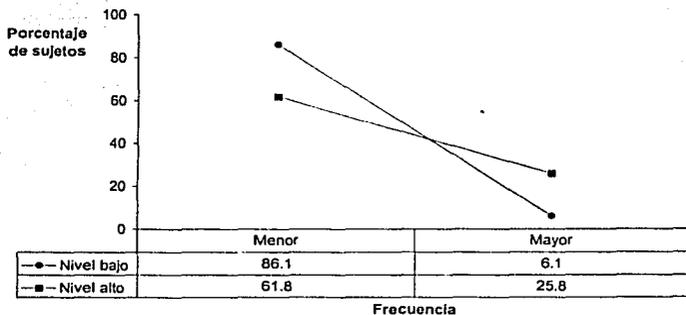


Figura 5

Cantidad subjetiva de sueño en adolescentes escolares y actitud afectuosa de la madre

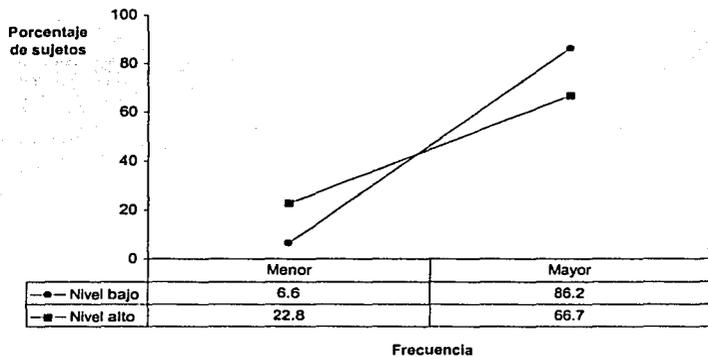


Figura 6

Cantidad subjetiva de sueño y actitud hacia la escuela en adolescentes escolares

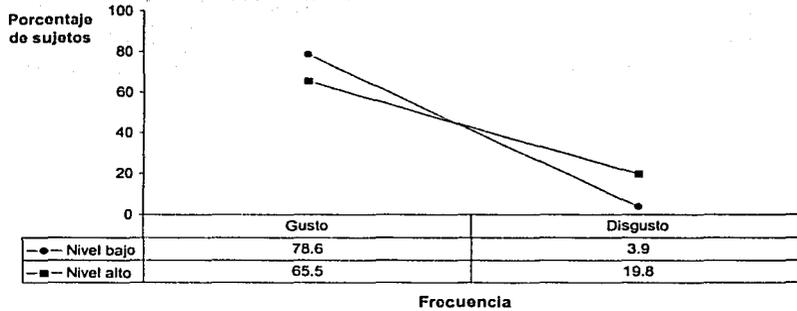


Figura 7

Cantidad subjetiva de sueño y habilidades deportivas en adolescentes escolares

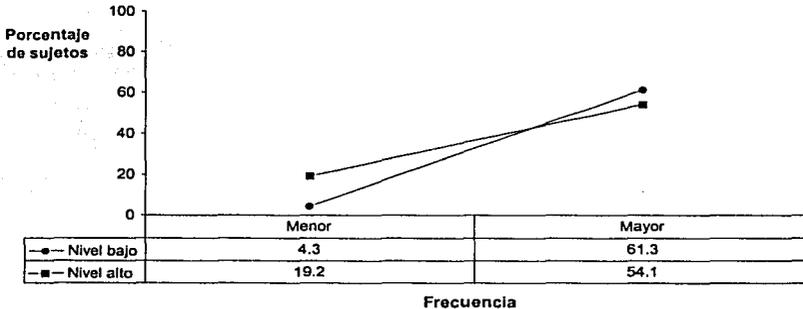


Figura 8

1.2 "Tomo pastillas para dormir o para los nervios"

En seguida se describen los resultados de la comparación realizada, en cuanto a frecuencia, entre el consumo de somníferos o de tranquilizantes (P12) y los factores de crianza que, según los datos obtenidos al calcular las correlaciones de Pearson y de Spearman, resultaron más significativos.

En la **figura 9**, 96.4% de los adolescentes con nivel bajo y 55.4% de los adolescentes con nivel alto en P12 respondieron que su padre o tutor no consumía sustancias adictivas (S20) nunca o casi nunca. Por otra parte, 2.7% de los adolescentes con nivel bajo en P12 y 37.9% de los adolescentes con nivel alto en P12 respondieron que esto sucedía frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=301.85$, $p=.00000$). Se observa una pendiente decreciente desde los valores de alta frecuencia en la variable de crianza. La pendiente de la distribución de frecuencias de los adolescentes con nivel alto en P12 es mucho menos pronunciada.

La **figura 10** dice que en 46.9% de los adolescentes con nivel alto y 4.2% de los adolescentes con nivel bajo en P12 la madre o tutora no vivía en la misma casa (S27) nunca o casi nunca. Por otra parte, en 95.4% de los adolescentes con nivel bajo y en 51.9% de los adolescentes con nivel alto en P12 respondieron que la madre estuvo con ellos frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=281.34$, $p=.00000$). Las pendientes de distribución de frecuencias crece desde los valores de baja frecuencia en la variable de crianza. La pendiente de la distribución de frecuencias de los adolescentes con nivel alto en P12 es casi nula.

La **figura 11** muestra que en 96.6% de los adolescentes con nivel bajo en P12 y en 49.3% de los adolescentes con nivel alto en P12, la madre o tutora no consumía sustancias adictivas (S29) nunca o casi nunca. En 42.7% de los adolescentes con nivel alto y en 2.9% de los adolescentes con nivel bajo en P12, la madre o tutora sí consumía sustancias adictivas frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=382.51$, $p=.00000$). La gráfica de frecuencia del nivel alto de P12 mostró una pendiente prácticamente plana, alrededor del 45-50%.

Uso de somníferos o tranquilizantes en adolescentes escolares y uso de *drogas* en el padre

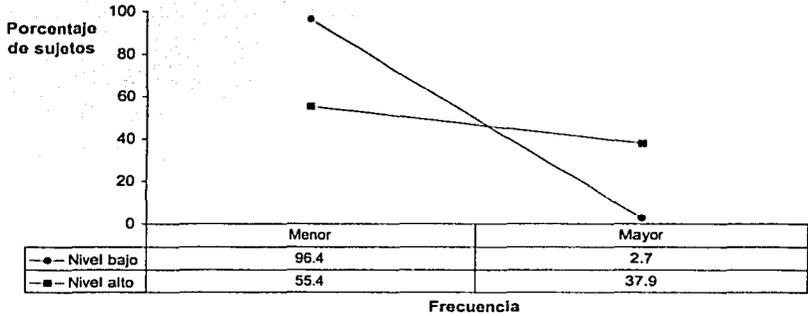


Figura 9

Uso de somníferos o tranquilizantes en adolescentes escolares y presencia de la madre en casa

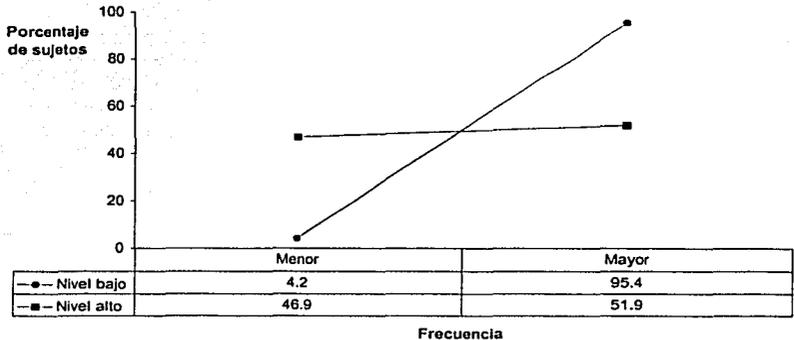
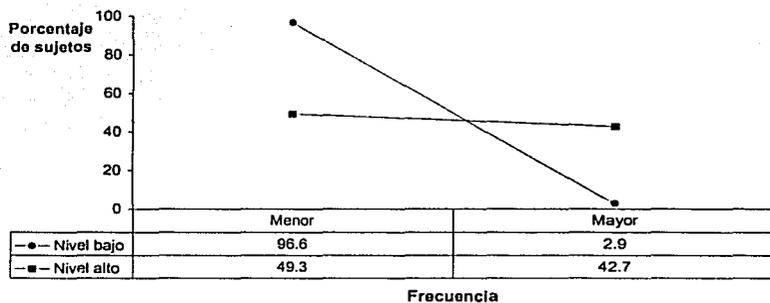


Figura 10

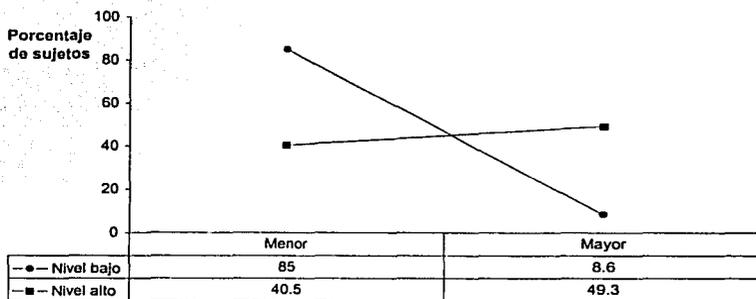
**Uso de somníferos o tranquilizantes
en adolescentes escolares
y uso de *drogas* en la madre**



Frecuencia

Figura 11

**Uso de somníferos o tranquilizantes
en adolescentes escolares
y uso de comparaciones negativas por la madre**



Frecuencia

Figura 12

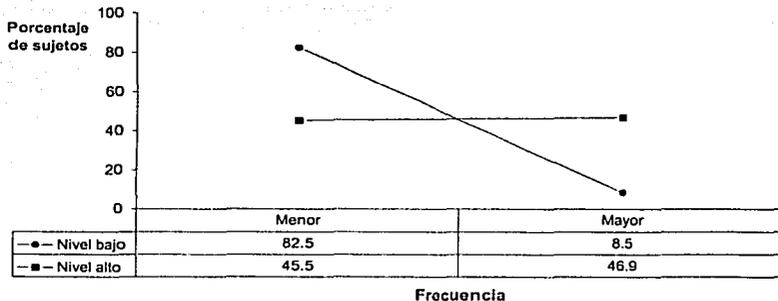
En la **figura 12**, 8.6% de los adolescentes con nivel bajo en P12 y 49.3% de los adolescentes con nivel alto en esta misma pregunta, la madre comparaba frecuentemente o casi siempre al adolescente de manera negativa (S40) con otras personas o decía cosas que lo hacían sentir tonto o inútil. Por el contrario, en 85% de los adolescentes con nivel bajo en P12 y en 40.5% de los adolescentes con nivel alto en P12 esto ocurría con poca frecuencia (nunca o casi nunca) ($\chi^2=207.09$, $p=.00000$). Por consiguiente, las pendientes de ambas líneas decrecen: la de "nivel bajo" hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza, la de "nivel alto" hacia los valores altos de frecuencia de la variable de crianza. La diferencia entre los extremos de alta y baja frecuencia de la línea del nivel alto fue mínima.

En la **figura 13**, 82.5% de los adolescentes con nivel bajo en P12 y 45.5% de los adolescentes con nivel alto en P12 reportaron que su padre o tutor les pedía las cosas de modo duro u ofensivo (S43) casi nunca. Por el contrario, 46.9% de los adolescentes con nivel alto en P12 y 8.5% de los adolescentes con nivel bajo en P12 dijeron que su padre o tutor sí tenía esta actitud frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=243.84$, $p=.00000$). La pendiente de "nivel bajo" decrece hacia los valores altos de frecuencia de la variable de crianza, la pendiente de la distribución de frecuencias de los adolescentes con nivel alto en P12 asciende, pero es casi nula.

En la **figura 14**, 76.2% de los adolescentes con nivel bajo y 34.2% de los adolescentes con nivel alto en P12 respondieron que la escuela les gustaba o que les gustaba mucho (S68). En el otro extremo, 46% de los adolescentes con nivel alto y 5.5% de los adolescentes con nivel bajo en P12 reportaron que la escuela les disgustaba o que les disgustaba mucho ($\chi^2=269.96$, $p=.00000$). Por consiguiente, las pendientes de ambas líneas decrecen: la del "nivel bajo" hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza, la del "nivel alto" en P12 es casi nula.

En la **figura 15**, 44.7% de los adolescentes con nivel alto y 5.5% de los adolescentes con nivel bajo en P12 se consideraban malos o muy malos para el deporte (S70), y 61.1% de los adolescentes con nivel bajo y 42.1% de los adolescentes con nivel alto se consideraban buenos o muy buenos para este tipo de actividades ($\chi^2=230.03$, $p=.00000$). Por consiguiente, las pendientes de ambas líneas decrecen: la del "nivel alto" muy levemente hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza, la del "nivel alto" en P12 es casi nula.

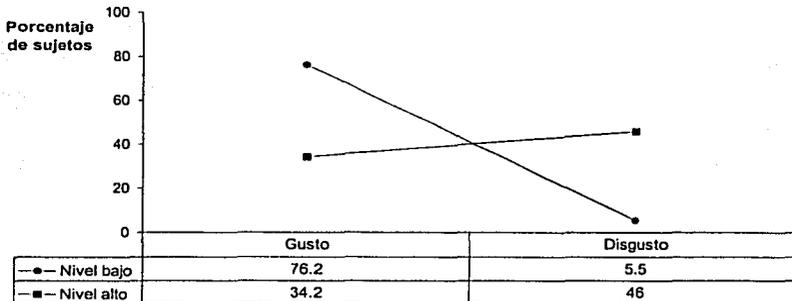
Uso de somníferos o tranquilizantes en adolescentes escolares y órdenes ofensivas del padre



Frecuencia

Figura 13

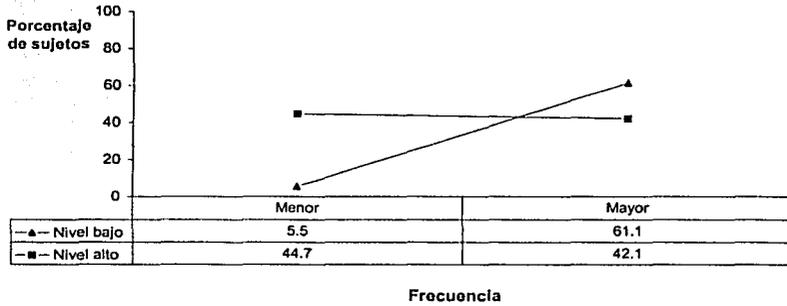
Uso de somníferos o tranquilizantes y actitud hacia la escuela en adolescentes escolares



Frecuencia

Figura 14

Uso de somníferos o tranquilizantes y habilidades deportivas en adolescentes escolares



Frecuencia

Figura 15

1.3 "Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho"

En seguida se describen los resultados de la comparación realizada, en cuanto a frecuencia, entre el tener pesadillas que asustan mucho (P67) y los factores de crianza que, según los datos obtenidos al calcular las correlaciones de Pearson y de Spearman, resultaron más significativos.

En la figura 16, 90% de los adolescentes con nivel bajo de pesadillas y 73% de los adolescentes con nivel alto de pesadillas (P67) respondieron que, en general, su relación con su madre o tutora (S30) era buena o muy buena; por el contrario, 12.6% de los adolescentes con nivel alto y 1.9% de los adolescentes con nivel bajo de pesadillas consideraron que su relación era mala o muy mala ($\chi^2=122.78$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza.

En la figura 17, 67.8% de los adolescentes con nivel bajo en P67 y 53.2% con nivel alto respondieron que, en la infancia, no se enfermaban (S53) nunca o casi nunca. Por el contrario, 28.8% de los adolescentes con nivel alto en P67 y 16.1% de los adolescentes con nivel bajo reportaron que sí se enfermaban con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=123.24$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza.

En la figura 18, 33.6% de los adolescentes con nivel alto en P67 y 12.03% de los adolescentes con nivel bajo dijeron no haber tenido experiencias emocionales negativas (S63) nunca o casi nunca. En cambio, 78.4% de los adolescentes con nivel bajo y 45.8% de los adolescentes con nivel alto en P67 dijeron que las tuvieron con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=206.36$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza, si bien la de la línea "nivel alto" es mucho menos pronunciada.

Pesadillas en adolescentes escolares y relaciones con la madre

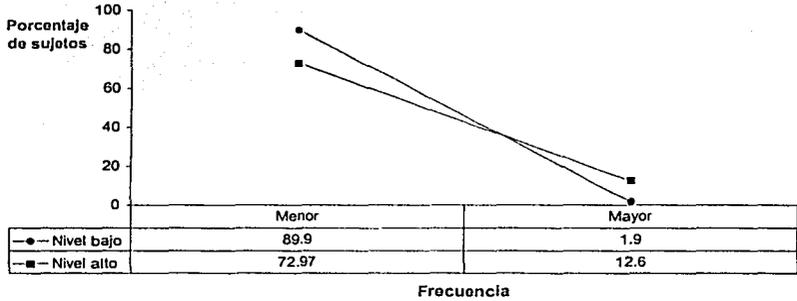


Figura 16

Pesadillas y enfermedades durante la infancia en adolescentes escolares

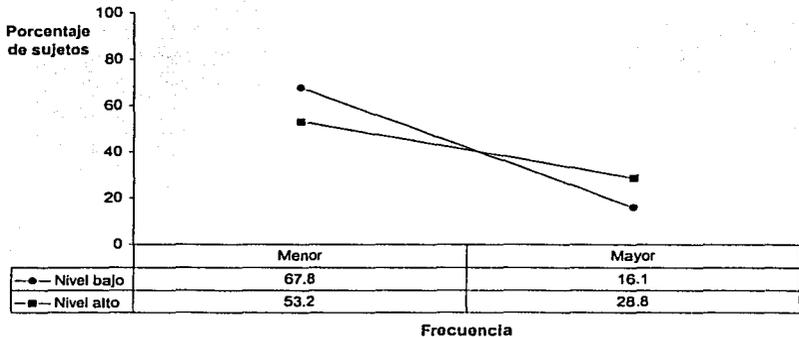
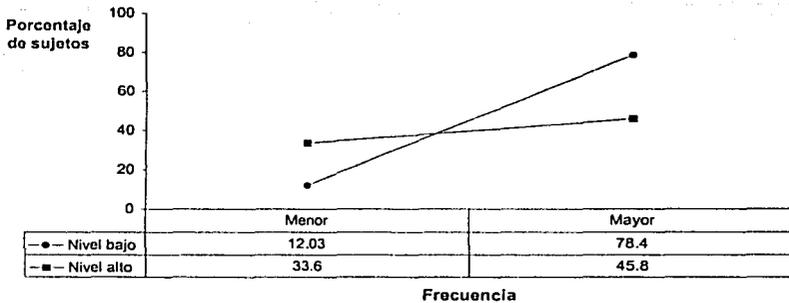


Figura 17

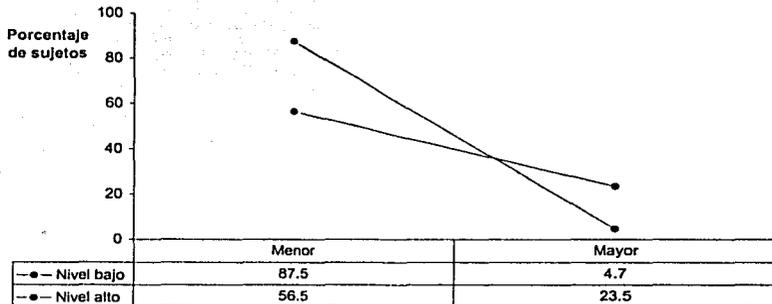
Pesadillas y experiencias emocionales negativas de la infancia en adolescentes escolares



Frecuencia

Figura 18

Pesadillas y angustia por experiencias emocionales negativas de la infancia en adolescentes escolares



Frecuencia

Figura 19

En la figura 19, 87.5% de los adolescentes con nivel bajo y 56.5% de los adolescentes con nivel alto en P67 dijeron que con poca frecuencia (nunca o casi nunca) tenían una sensación desagradable o de miedo o de angustia en la actualidad por dichas experiencias emocionales negativas (S65). Por el contrario, 23.5% de los adolescentes con nivel alto y 4.7% de los adolescentes con nivel bajo en P67 dijeron que esa sensación era muy frecuente (frecuentemente, siempre o casi siempre) ($\chi^2=230.07$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza.

1.4 "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror"

En seguida se describen los resultados de la comparación realizada, en cuanto a frecuencia, entre el despertar gritando, con mucho miedo o terror (P68) y los factores de crianza que, según los datos obtenidos al calcular las correlaciones de Pearson y de Spearman, resultaron más significativos.

En la figura 20, 63.7% de los adolescentes con nivel bajo y 94.4% de los adolescentes con nivel alto en esta variable (despertar gritando, con mucho miedo o terror) dijeron que en la infancia se habían criado con sus padres naturales o con uno de éstos y su padrastro o madrastra (S16). Por su parte, 1.5% de los adolescentes con nivel bajo y 1.4% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo dijeron que habían vivido en un internado, en otra institución o en otra situación ($\chi^2=567.69$, $p=.00000$). No se obtuvieron respuestas para la opción correspondiente a un orfanato u hospicio, y fue quizá por ello que la pendiente de ambas líneas decreció significativamente e incluso confluyó prácticamente en el mismo punto.

En la figura 21, 87.7% de los adolescentes con nivel alto y 49.6% de los adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo dijeron que, en la infancia, su padre o tutor no vivió en la misma casa (S18) nunca o casi nunca. En cambio, 42.9% de los adolescentes con nivel bajo y 10.6% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo dijeron que su padre sí había vivido en la misma casa con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=251.00$, $p=.00000$). Aunque decreció, la pendiente de "nivel bajo" es prácticamente nula, por lo que la gráfica aparece como una línea casi paralela al eje de las abscisas.

Despertares con miedo y situación de crianza en la infancia en adolescentes escolares

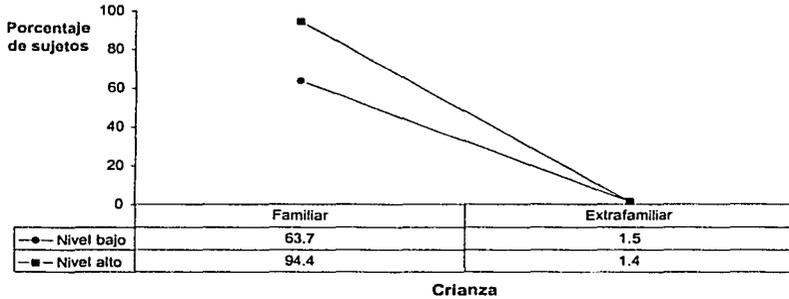


Figura 20

Despertares con miedo en adolescentes escolares y presencia del padre en casa

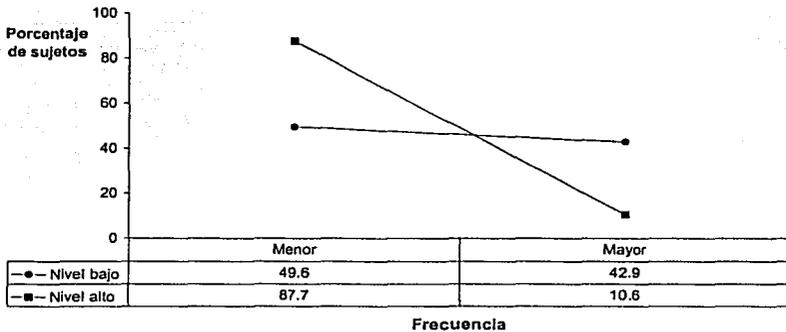


Figura 21

Despertares con miedo en adolescentes escolares y presencia de la madre en casa

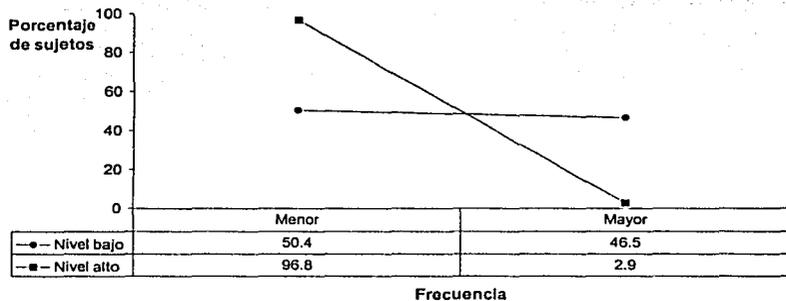


Figura 22

Despertares con miedo en adolescentes escolares y consumo de alcohol en la madre

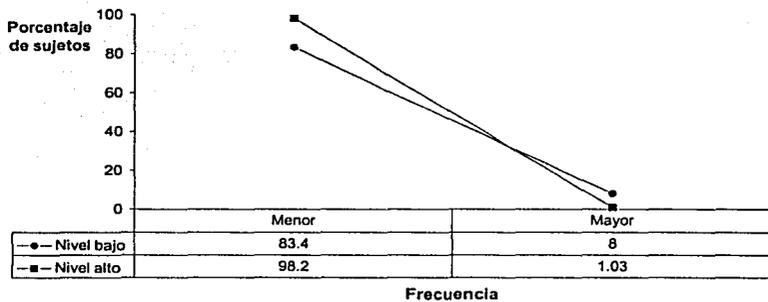


Figura 23

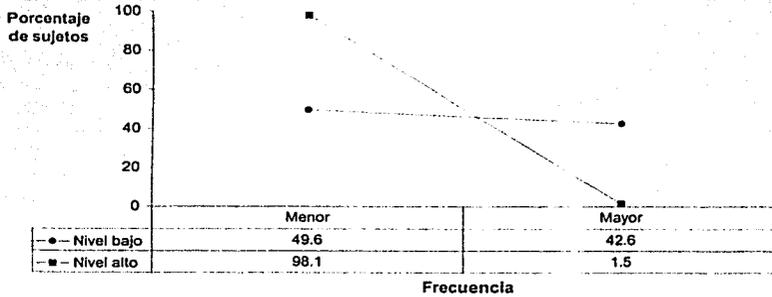
En la **figura 22**, 96.8% de los adolescentes con nivel alto y 50.4% de los adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo dijeron que, en la infancia, su madre o tutora NO vivía en la misma casa (S27) nunca o casi nunca. En cambio, 46.5% de los adolescentes con nivel bajo y 2.9% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo dijeron que su madre sí había vivido en la misma casa con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=630.24$, $p=.00000$). Aunque decreció, la pendiente de la línea "nivel bajo" es prácticamente nula, por lo que la gráfica aparece como una línea casi paralela al eje de las abscisas.

En la **figura 23**, 98.2% de los adolescentes con nivel alto y 83.4% de los adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo respondieron que su madre **no** ingería alcohol (S28) nunca o casi nunca. Por el contrario, 8% de los adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo y 1.03% de los adolescentes con nivel alto respondieron que ingería mucho alcohol con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=240.45$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza y, como hizo falta el dato numérico en una de las celdas de los datos, la pendiente de ambas líneas decreció significativamente e incluso confluyó prácticamente en el mismo punto.

En la **figura 24**, 98.1% de los adolescentes con nivel alto y 49.6% de los adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo reportaron que su madre nunca o casi nunca consumía sustancias adictivas (S29). En cambio, 42.6% de los adolescentes con nivel bajo y 1.5% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo dijeron que su madre sí consumía sustancias adictivas con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=865.14$, $p=.00000$). Aunque decreció, la pendiente de la línea "nivel bajo" es prácticamente nula, por lo que la gráfica aparece como una línea casi paralela al eje de las abscisas. En cambio, la pendiente de "nivel alto" decreció significativamente, y la línea incluso cruzó el eje de las abscisas.

En la **figura 25**, 80.7% de los adolescentes con nivel alto y 24.2% de los adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo dijeron que su padre no daba órdenes de modo duro u ofensivamente (S43), mientras que 75.8% de los adolescentes con nivel bajo y 19.3% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo respondieron que su padre sí tenía ese tipo de actitudes ($\chi^2=305.08$, $p=.00000$). Ambas pendientes son pronunciadas, y las dos líneas muestran una dirección totalmente opuesta: de las categorías de baja a las de alta frecuencia (nivel bajo) y de las categorías de alta a las de baja frecuencia (nivel alto).

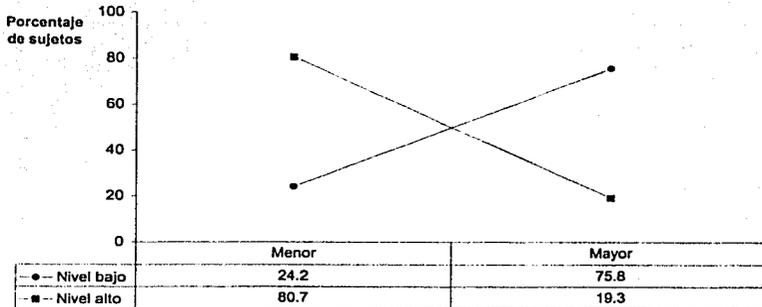
**Despertares con miedo
en adolescentes escolares
y uso de *drogas* en la madre**



Frecuencia

Figura 24

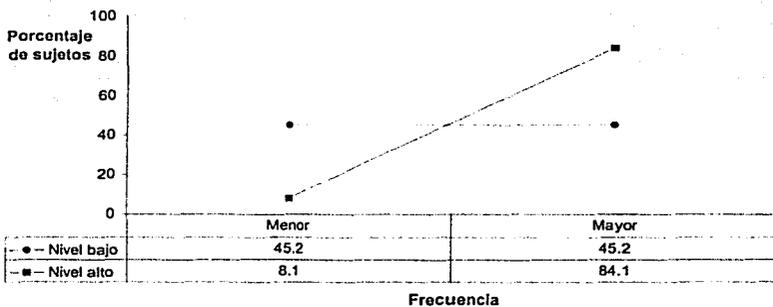
**Despertares con miedo
en adolescentes escolares
y órdenes ofensivas del padre**



Frecuencia

Figura 25

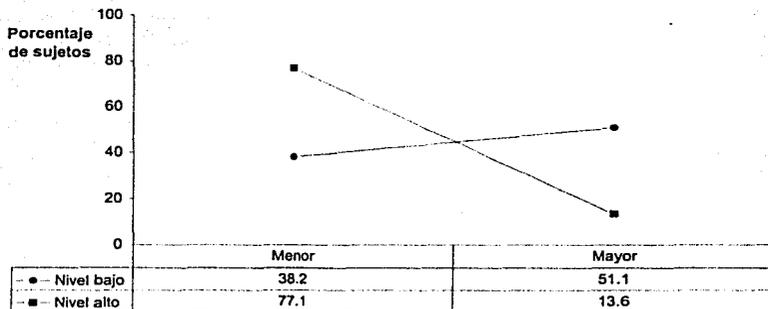
Despertares con miedo en adolescentes escolares y actitud afectuosa de la madre



Frecuencia

Figura 26

Despertares con miedo y amenaza de separación en los padres de adolescentes escolares



Frecuencia

Figura 27

En la figura 26, 45.2% de los adolescentes con nivel bajo y 8.1% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo respondieron que su madre o tutora no era afectuosa o cariñosa con ellos casi nunca (S50). Por el contrario, 45.2% de los adolescentes con nivel bajo y 84.1% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo contestaron que era afectuosa o cariñosa frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=365.82$, $p=.00000$). Llama la atención en esta gráfica que, sin considerar la categoría Pocas veces (9.5%), la línea que representa al grupo de adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo es perfectamente horizontal, paralela al eje de las abscisas, lo cual indica que no hubo grandes variaciones en la distribución de las frecuencias de este grupo. En cambio, las frecuencias del grupo con nivel bajo ascienden hacia valores altos en "nivel alto".

En la figura 27, 77.1% de los adolescentes con nivel alto y 38.2% de los adolescentes con nivel bajo en despertares con miedo respondieron a la pregunta S59 ("Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse") que tales amenazas se presentaban pocas veces o que no se presentaban casi nunca. En contraste, 51.1% de los adolescentes con nivel bajo y 13.6% de los adolescentes con nivel alto en despertares con miedo contestaron que esto ocurría con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=335.31$, $p=.00000$). Al igual que en la figura 24, las líneas resultantes mostraron pendientes invertidas: descendiente para la línea "nivel alto" y ascendiente para la línea del "nivel bajo".

1.5 "Soy sonámbulo(a), camino dormido(a)"

En seguida se describen los resultados de la comparación realizada, en cuanto a frecuencia, entre el caminar dormido (P69) y los factores de crianza que, según los datos obtenidos al calcular las correlaciones de Pearson y de Spearman, resultaron más significativos.

En la figura 28, 94.1% de los adolescentes con nivel bajo y 81.8% de los adolescentes con nivel alto en sonambulismo (P69) respondieron que, aproximadamente hasta los 14 años, los habían criado principalmente sus padres naturales, su madre natural y su padrastro o su padre natural y su madrastra (S16). En cambio, 2.6% de los adolescentes con nivel alto en P69 y 1.3% de los adolescentes con nivel bajo habían sido criados en un internado, en otra institución o en otra situación (la opción correspondiente a orfanato u hospicio tampoco apareció aquí) ($\chi^2=105.44$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas descendieron notablemente desde las categorías correspondientes a los padres naturales (con valores altos) hasta las correspondientes a las instituciones (con valores bajos), debido a que varios de los cruces de las categorías presentaron una frecuencia de cero.

Sonambulismo y situación de crianza en la infancia en adolescentes escolares

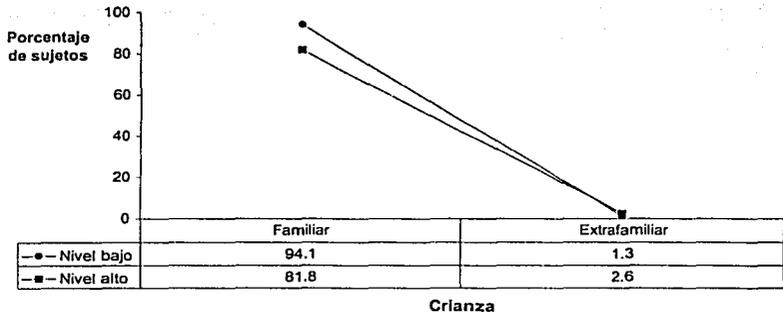


Figura 28

Sonambulismo en adolescentes escolares y uso de *drogas* en el padre

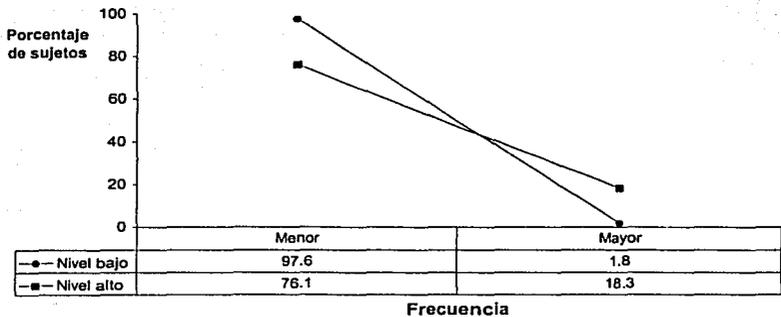
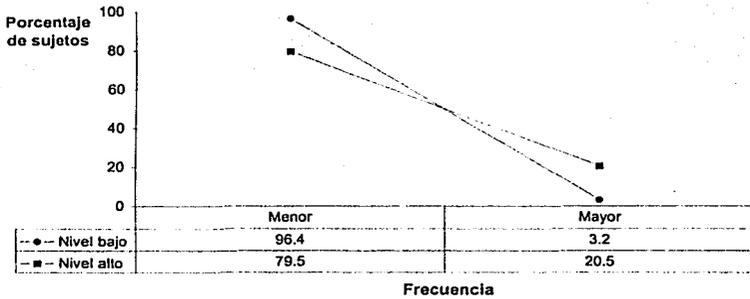


Figura 29

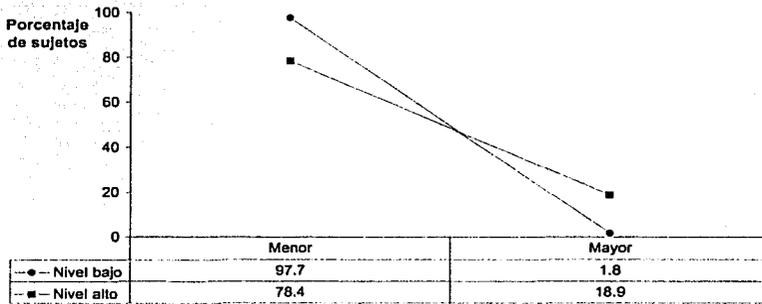
Sonambulismo en adolescentes escolares y presencia de la madre en casa



Frecuencia

Figura 30

Sonambulismo en adolescentes escolares y uso de *drogas* en la madre



Frecuencia

Figura 31

En la **figura 29**, 97.6% de los adolescentes con nivel bajo en P69 y 76.1% de los adolescentes con nivel alto respondieron que su padre no consumía sustancias adictivas con frecuencia o casi nunca (S20) y 18.3% de los adolescentes con nivel alto en P69 y 1.8% de los adolescentes con nivel bajo dijeron que su padre sí las consumía con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=195.09$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza.

En la **figura 30**, 96.4% de los adolescentes con nivel bajo en P69 y 79.5% de los adolescentes con nivel alto respondieron que, en la infancia, su madre o tutora no vivía en la misma casa (S27) nunca o casi nunca. En cambio, 20.5% de los adolescentes con nivel alto y 3.2% de los adolescentes con nivel bajo en P69 dijeron que su madre o tutora sí vivía en la misma casa ($\chi^2=149.32$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de la variable de crianza.

En la **figura 31**, 97.7% de los adolescentes con nivel bajo en P69 y 78.4% de los adolescentes con nivel alto respondieron que su madre no consumía sustancias adictivas (S29) nunca o casi nunca. Por el contrario, 18.9% de los adolescentes con nivel alto en P69 y 1.8% de los adolescentes con nivel bajo dijeron que su madre consumía sustancias adictivas frecuentemente o casi siempre ($\chi^2=246.05$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de S29.

En la **figura 32**, 77.1% de los adolescentes con nivel bajo en P69 y 67.6% de los adolescentes con nivel alto dijeron que la escuela les gustaba o que les gustaba mucho (S68). Por el contrario, 19.7% de los adolescentes con nivel alto en P69 y 4.3% de los adolescentes con nivel bajo respondieron que la escuela les disgustaba o les disgustaba mucho ($\chi^2=124.73$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de S68.

En la **figura 33**, 61.8% de los adolescentes con nivel bajo y 53.5% de los adolescentes con nivel alto en P69 dijeron que eran malos o muy malos para las actividades deportivas (las que practicaban, según las respuestas a S69) (S70). En cambio, 16.9% de los adolescentes con nivel alto y 4.6% de los adolescentes con nivel bajo en P69 respondieron que eran buenos o muy buenos para ese tipo de actividades ($\chi^2=121.40$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de S70.

Sonambulismo y actitud hacia la escuela en adolescentes escolares

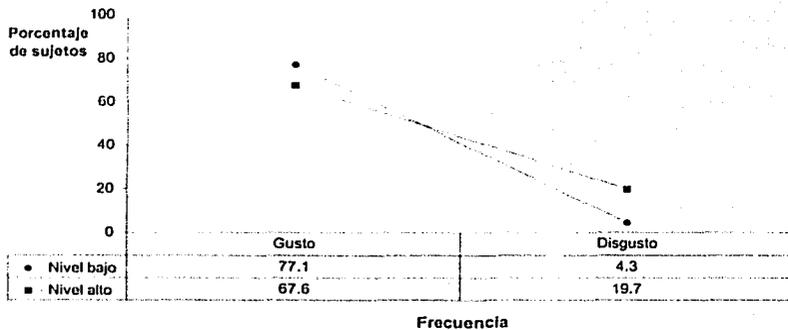


Figura 32

Sonambulismo y habilidades deportivas en adolescentes escolares

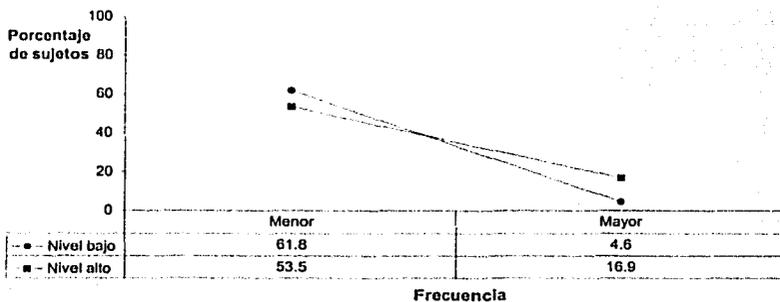


Figura 33

**Cronicidad de problemas para dormir
en adolescentes escolares
y uso de *drogas* en el padre**

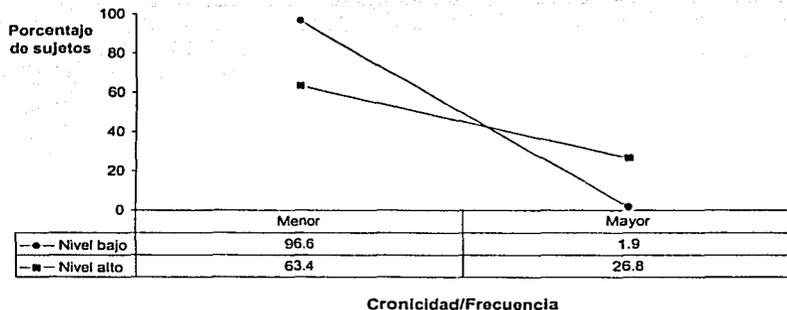


Figura 34

**Cronicidad de problemas para dormir
en adolescentes escolares
y presencia de la madre en casa**

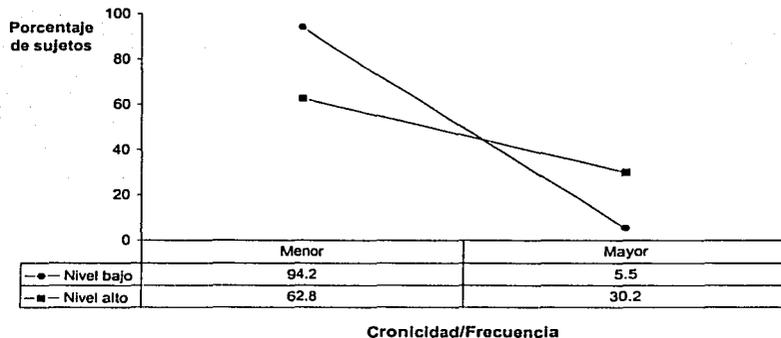


Figura 35

1.6 "He tenido problemas con el sueño (o dormir) durante..."

En seguida se describen los resultados de la comparación realizada, en cuanto a frecuencia, entre la cronicidad de las dificultades para dormir (P94) y los factores de crianza que, según los datos obtenidos al calcular las correlaciones de Pearson y de Spearman, resultaron más significativos.

En la **figura 34**, 96.6% del grupo de adolescentes con nivel bajo en esta pregunta (P94), es decir, con una cronicidad desde una semana hasta cinco meses, y 63.4% de los adolescentes con nivel alto, es decir, con una cronicidad desde un año en adelante, dijeron que su padre no consumía sustancias adictivas (S20) nunca o casi nunca. Por el contrario, 26.8% del grupo de adolescentes con nivel alto en P94 y 1.9% del grupo de adolescentes con nivel bajo contestaron que sí lo hacían con frecuencia o casi siempre ($\chi^2=91.88$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de S20.

En la **figura 35**, 94.2% de los adolescentes con nivel bajo en P94 y 62.8% de los adolescentes con nivel alto respondieron que, en su infancia, su madre o tutora no vivía en la misma casa (S27) nunca o casi nunca. En cambio, 30.2% de los adolescentes con nivel alto y 5.5% de los adolescentes con nivel bajo en P94 contestaron que su madre o tutora vivía en la misma casa siempre o casi siempre ($\chi^2=95.77$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia los valores bajos de frecuencia de S27.

En la **figura 36**, 96.4% de los adolescentes con nivel bajo y 79.1% de los adolescentes con nivel alto en P94 respondieron que su madre tomaba mucho alcohol (S28) nunca o casi nunca. Por el contrario, 16.3% de los adolescentes con nivel bajo y 1.5% de los adolescentes con nivel bajo en P94 contestaron que su madre tomaba mucho alcohol siempre o casi siempre ($\chi^2=79.81$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia valores muy bajos de frecuencia de S28.

**Cronicidad de problemas para dormir
en adolescentes escolares
y consumo de alcohol en la madre**

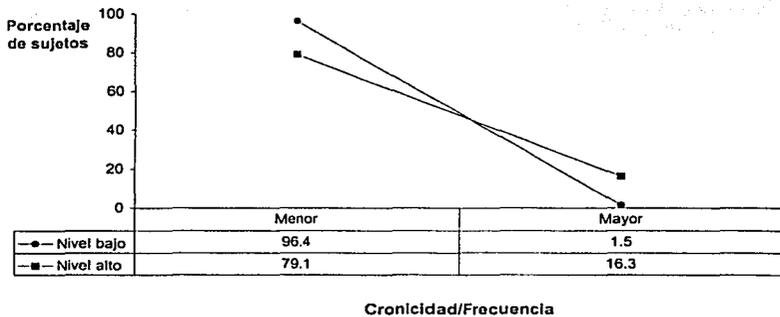


Figura 36

**Cronicidad de problemas para dormir
en adolescentes escolares
y uso de drogas en la madre**

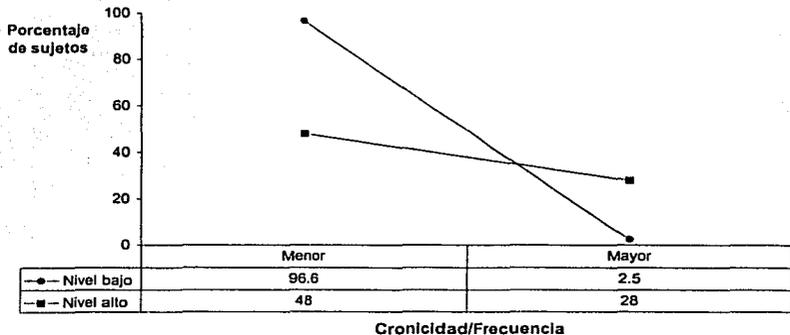


Figura 37

En la figura 37, 96.6% de los adolescentes con nivel bajo y 48% de los adolescentes con nivel alto en P94 respondieron que su madre no usaba sustancias adictivas (S29) nunca o casi nunca. En cambio, 28% de los adolescentes con nivel alto y 2.5% de los adolescentes con nivel bajo contestaron que su madre las usaba siempre o casi siempre ($\chi^2=131.5$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen significativamente hacia valores muy bajos de frecuencia de S29, no obstante que en la línea correspondiente al nivel alto la pendiente no es tan pronunciada (la distribución es casi paralela al eje de las abscisas).

En la figura 38, 72.6% de los adolescentes con nivel bajo y 51.2% de los adolescentes con nivel alto respondieron que la escuela les gustaba o que les gustaba mucho (S68). En cambio, 39.5% de los adolescentes con nivel alto y 6.5% de los adolescentes con nivel bajo respondieron que la escuela les disgustaba o les disgustaba mucho ($\chi^2=75.14$, $p=.00000$). Las pendientes de ambas líneas decrecen hacia los valores bajos de frecuencia de S68, pero los de la línea "nivel alto" resultaron menos significativos, y la distribución resultó casi paralela al eje de las abscisas.

Como puede verse, algunas de las variables de crianza resultaron significativas para más de uno de los reactivos blanco, y fueron las siguientes:

- a) consumo de sustancias adictivas en la madre (S29)
- b) consumo de sustancias adictivas en el padre (S20)
- c) órdenes ofensivas del padre (S43)
- d) actitud hacia la escuela (S68)
- e) habilidades deportivas (S70)
- f) comparaciones negativas de la madre (S40)
- g) crianza hasta los 14 años (S16)
- h) cohabitación de la madre (S27)

La lista anterior consideró el hecho de que, si bien algunas de dichas variables resultaron significativas en un grado menor que las que aquí aparecen gráficamente, su significancia justifica su inclusión.

Cronicidad de problemas para dormir y actitud hacia la escuela en adolescentes escolares

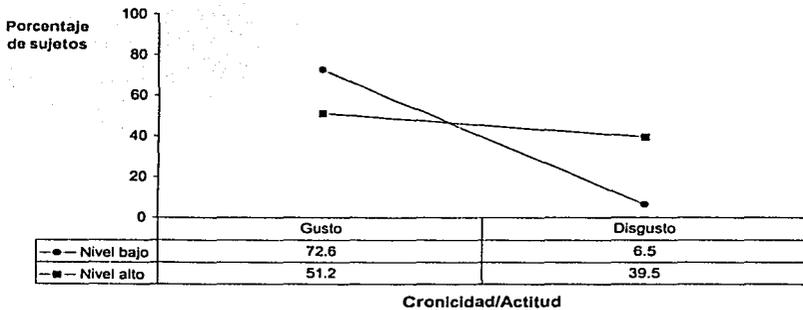


Figura 38

Otras variables de crianza que, aunque en un menor grado, resultaron significativas para los reactivos blanco: la relación con los hermanos (S15) o con la madre (S30), el hecho de que el padre habite la misma casa (S18), que dé apoyo ante los problemas (S51); el de que la madre consuma alcohol (S28) o castigue físicamente (S37) o dé órdenes duras u ofensivas (S44); que el padre platique amistosamente (S35), dando la sensación de confianza respecto a asuntos personales (S45) o que aplique castigo físico (S37) o que sus castigos sean justificados (S41); que la madre sea afectuosa (S50), que apoye ante los problemas (S52); que cualquiera de los padres reconocieran cualquier esfuerzo del adolescente (S54) o que le permitan escoger sus amigos (S47); que se mostraran cariño mutuamente (S55) o que pelearan violentamente (S57), discutiendo o gritando (S56) frente a los hijos (S58) o que amenazaran divorciarse (S59); que el adolescente tuviera de niño experiencias negativas (S63) o que se enfermara o no con frecuencia (S53) o que actualmente viva solo o con sus padres u otros parientes, con amigos o conocidos o en un hotel (S111).

Cuadro 3. Diferencias significativas entre los sexos en cuanto a las correlaciones reactivos blanco-variables significativas de crianza (segunda sección del inventario)

Correlación reactivo blanco (P) - variable de crianza (S)	Adolescentes	
	Mujeres (%)	Hombres (%)
P16 y S70 (nivel bajo)	✓ (17.6 y 2.6)	X
P16 y S70 (nivel alto)	✓ (58.3 y 50.5)	X
P16 y S68 (nivel bajo) ***	✓ (83.3 y 70.2)	X
P16 y S68 (nivel alto) ***	✓ (1.7 y 17.5)	X
P16 y S50 (nivel bajo)	X	✓ (24.3 y 4.8)
P16 y S50 (nivel alto)	X	✓ (89.1 y 67.1)
P16 y S43 (nivel bajo)	X	✓ (84.9 y 60.5)
P16 y S43 (nivel alto)	X	✓ (6.2 y 26.4)
P16 y S40 (nivel bajo)*	89 y 69.2	90 y 68.6
P16 y S40 (nivel alto)	✓ (4.5 y 24)	0.7 y 15
P16 y S20 (nivel bajo)*	X	✓ (99 y 84)
P16 y S20 (nivel alto)	X	✓ (0.7 y 12)
P16 y S16 (nivel bajo)	X	✓ (96.1 y 79.5)
P16 y S16 (nivel alto)	X	✓ (0.8 y 0.6)
P12 y S43 (nivel bajo)	85.9 y 42.3	80.8 y 47.4
P12 y S43 (nivel alto)	53.8 y 6	✓ (44.7 y 9.1)
P12 y S27 (nivel bajo)	2.9 y 96.8	3.3 y 96.2
P12 y S27 (nivel alto)	39.3 y 60.7	✓ (50 y 47.4)
P12 y S16 (nivel bajo)	X	✓ (94.2 y 56.4)
P12 y S16 (nivel alto)	X	✓ (0.9 y 2.6)
P12 y S40 (nivel bajo)**	✓ (37 y 84.9)	X
P12 y S40 (nivel alto)	✓ (55 y 7.7)	X
P12 y S29 (nivel bajo)	98.1 y 39.1	✓ (97.4 y 52.6)
P12 y S29 (nivel alto)	1.4 y 43.4	1.9 y 42.1
P12 y S20 (nivel bajo)	97.6 y 36.4	✓ (97.3 y 62.2)
P12 y S20 (nivel alto)	✓ (1.7 y 54.5)	2 y 29.7
P12 y S68 (nivel bajo)***	✓ (81.3 y 40)	✓ (73.1 y 29)
P12 y S68 (nivel alto) ***	3.5 y 44	5.4 y 44.7

Notas: ✓ representa las correlaciones más altas en este cuadro y X representa las correlaciones más bajas o desconocidas. * y ** Véase explicación en el texto. *** En esta variable, "Nivel bajo" significa "Agrado" y "Nivel alto" significa "Desagrado". En todas las variables P y S sólo se consideraron las dos categorías más bajas (nivel bajo) y las dos más altas (nivel alto). En P94 y P87 se tomaron sólo las dos más bajas (Una semana a un mes y De dos a cinco meses) y las tres más altas (Seis meses a un año, De uno a cuatro años y Cinco años o más).

En el cuadro anterior se observa que, en algunas correlaciones, los valores numéricos que parecen ser más altos son, en realidad, más bajos, debido a la inversión en las categorías graficadas (véase S40, por ejemplo). En dos de las últimas variables de crianza (habilidades deportivas y expresión de afecto en la madre) fueron mayores las diferencias entre los sexos en cuanto al "dormir poco", puesto que sólo en uno de ellos (en las mujeres y en los hombres, respectivamente) aparecieron éstas dos en la lista de las diez variables más significativas, y no en ambos. Sólo se eligieron las variables interactivas que, relacionadas con los objetivos de este estudio, pueden modificarse, en términos reales: no es posible cambiar variables como el nivel socioeconómico o el estado civil de los sujetos¹³⁷ (variables que, no obstante, resultaron significativas).

En otras correlaciones se describen sólo los datos hallados para uno de ambos sexos, pues la diferencia entre éstos fue tan grande que la variable de crianza correspondiente no se incluyó en la lista de las más significativas (véase más adelante).

Las correlaciones relativas a los reactivos blanco no incluyeron datos sobre diferencias entre los sexos de los adolescentes, sino tan sólo los del coeficiente de correlación de Spearman. Además, la variable P87 no se incluyó en dichos cálculos, pues no fue uno de los reactivos blanco considerados para esta investigación. El reactivo blanco más significativo, con sus valores del coeficiente de correlación de Spearman ($p > .0001$), fue: "Todavía siento ese miedo o angustia desagradables" (S65), tanto en mujeres ($\chi^2 = 0.2452$, $p = .000$, $N = 766$) como en hombres ($\chi^2 = 0.2238$, $p = .000$, $N = 810$).

Sin embargo, un cálculo adicional de las correlaciones de Pearson y Spearman separando a los adolescentes de cada sexo encontró, para las preguntas P12 (consumo de hipnóticos o tranquilizantes) y P16 (dormir poco) (las dos únicas en las que se hizo tal separación), las siguientes diferencias significativas entre mujeres y hombres:

En P12, si bien las variables de crianza más significativas fueron las mismas para ambos sexos, los valores de la correlación (chi cuadrada) resultaron mucho más altos para las mujeres (en S29, por ejemplo, $\chi^2 = 283.68$, $p = .000$) que para los hombres (en S29, $\chi^2 = 219.20$, $p = .000$; en S20, $\chi^2 = 258.40$, $p = .000$ para las mujeres, $\chi^2 = 159.87$, $p = .000$ para los hombres). En P16, en cambio, las diez variables de crianza más significativas fueron exactamente las mismas para ambos sexos, y los valores de chi cuadrada resultaron semejantes (Cuadro 4).

¹³⁷ Los llamados *marcadores de riesgo*, cuya identificación es muy útil para la prevención secundaria (véase Feinholz y Ávila, 2001).

Cuadro 4. Valores de chi cuadrada en cada uno de los sexos

Correlación reactivo blanco (P) - variable de crianza (S)	Adolescentes	
	Mujeres (%)	Hombres (%)
P16 y S70 (nivel bajo)	✓ (17.6 y 2.6)	X
P16 y S70 (nivel alto)	✓ (58.3 y 50.5)	X
P16 y S68 (nivel bajo) ***	✓ (83.3 y 70.2)	X
P16 y S68 (nivel alto) ***	✓ (1.7 y 17.5)	X
P16 y S50 (nivel bajo)	X	✓ (24.3 y 4.8)
P16 y S50 (nivel alto)	X	✓ (89.1 y 67.1)
P16 y S43 (nivel bajo)	X	✓ (84.9 y 60.5)
P16 y S43 (nivel alto)	X	✓ (6.2 y 26.4)
P16 y S40 (nivel bajo)*	89 y 69.2	90 y 68.6
P16 y S40 (nivel alto)	✓ (4.5 y 24)	0.7 y 15
P16 y S20 (nivel bajo)*	X	✓ (99 y 84)
P16 y S20 (nivel alto)	X	✓ (0.7 y 12)
P16 y S16 (nivel bajo)	X	✓ (96.1 y 79.5)
P16 y S16 (nivel alto)	X	✓ (0.8 y 0.6)
P12 y S43 (nivel bajo)	85.9 y 42.3	80.8 y 47.4
P12 y S43 (nivel alto)	53.8 y 6	✓ (44.7 y 9.1)
P12 y S27 (nivel bajo)	2.9 y 96.8	3.3 y 96.2
P12 y S27 (nivel alto)	39.3 y 60.7	✓ (50 y 47.4)
P12 y S16 (nivel bajo)	X	✓ (94.2 y 56.4)
P12 y S16 (nivel alto)	X	✓ (0.9 y 2.6)
P12 y S40 (nivel bajo)**	✓ (37 y 84.9)	X
P12 y S40 (nivel alto)	✓ (55 y 7.7)	X
P12 y S29 (nivel bajo)	98.1 y 39.1	✓ (97.4 y 52.6)
P12 y S29 (nivel alto)	1.4 y 43.4	1.9 y 42.1
P12 y S20 (nivel bajo)	97.6 y 36.4	✓ (97.3 y 62.2)
P12 y S20 (nivel alto)	✓ (1.7 y 54.5)	2 y 29.7
P12 y S68 (nivel bajo)***	✓ (81.3 y 40)	✓ (73.1 y 29)
P12 y S68 (nivel alto) ***	3.5 y 44	5.4 y 44.7

Notas: ✓ representa las correlaciones más altas en este cuadro y X representa las correlaciones más bajas o desconocidas. * y ** Véase explicación en el texto. *** En esta variable, "Nivel bajo" significa "Agrado" y "Nivel alto" significa "Desagrado". En todas las variables P y S sólo se consideraron las dos categorías más bajas (nivel bajo) y las dos más altas (nivel alto). En P94 y P87 se tomaron sólo las dos más bajas (Una semana a un mes y De dos a cinco meses) y las tres más altas (Seis meses a un año, De uno a cuatro años y Cinco años o más).

2. Aplicación del análisis de regresión lineal múltiple (SPSS)

Después de haber estudiado cuidadosamente los resultados obtenidos al aplicar un análisis de regresión lineal múltiple a los datos de esta investigación (los factores de riesgo de la aparición de algunas dificultades para dormir en adolescentes de bachillerato), los encargados del análisis estadístico de los datos de este estudio (Lourdes Monroy Tello y Benito Ramírez Prado, de la antes llamada Unidad de Cómputo e Informática de la Facultad de Psicología¹³⁸) ayudaron a decidir al autor del presente trabajo que el uso de este método no resulta conveniente. En efecto, en vista de que, no obstante que algunas variables resultaron significativas (véanse los valores de significancia de F y de T, siempre menores a $\alpha = 0.05$), el grado de asociación lineal entre cada una de las variables dependientes consideradas (sólo se obtuvieron resultados para: "Tomo pastillas para dormir o para los nervios" [P12], "Duermo muy poco" [P16], "Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche" [P18], "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror" [P68], "Soy sonámbulo(a), camino dormido" [P69] y "He tenido problemas con el sueño (o dormir) durante..." [P94]) y las variables independientes que resultaron significativas ("Mi padre (o tutor) usaba drogas" [S20], "Mi madre (o tutora) usaba drogas" [S29], "Mi madre (o tutora) decía cosas de mí que querían decir que yo era 'tonto(a)' o inútil, o me comparaba negativamente con otros(as)" [S40], "Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los..." [S95] y "Actualmente vivo en..." [S112]) no fue de ninguna manera próximo a 1 (el grado de asociación lineal, *R múltiple*), y la proporción de variabilidad explicada mediante el plano de regresión es R^2 (*R cuadrada*).

Por otra parte, sólo en la variable "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror" (P68) pudo aplicarse el método de pasos sucesivos (*Stepwise*, un método de construcción de la ecuación de regresión lineal múltiple que selecciona las variables paso a paso) y, sin embargo, tampoco en este caso pudo obtenerse una *R múltiple* de más de .798. No obstante, se siguieron los pasos conocidos (Ferrán, 1996) para calcular la ecuación de regresión correspondiente a cada caso de correlación (véanse las hojas anexas).

¹³⁸ Hoy "Unidad de Redes, Informática y Desarrollo de Sistemas (Urides)".



DISCUSIÓN

El presente trabajo forma parte de la segunda etapa de la línea de investigación de Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa (1991), en la cual se pretende establecer asociaciones específicas entre cúmulos determinados de factores de riesgo y signos de deterioro psicológico tipificados formalmente. Fue el propósito de este trabajo realizar un análisis sistemático de las variables o factores que pueden conducir a un individuo, inicialmente sano, a presentar dificultades para dormir, y obtener una evaluación clínica y actuarial de la aplicación del *Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento* (S.E.Vi.C.).

1. Observaciones preliminares

De los individuos con mayor frecuencia de **dificultades relacionadas con el dormir** (los reactivos "Duermo muy poco", "Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche", "Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho", "Me despierto gritando, con mucho miedo o terror", "Soy sonámbulo, camino dormido", "He tenido problemas con el sueño (o dormir) durante...") y/o con mayor frecuencia de **consumo de somníferos o tranquilizantes** (el reactivo "Tomo pastillas para dormir o para los nervios"), se consideró que aquellos que dieron un mayor número de respuestas afirmativas en la sección del inventario relacionada con la crianza y las interacciones familiares y que reportaron, en esas mismas respuestas, un mayor nivel de frecuencia estaban describiendo, de esa manera, las características que los conducen a tener las dificultades de sueño correspondientes o a consumir los medicamentos mencionados. Y, en el caso de los sujetos sin dificultades para dormir o sin ningún consumo de somníferos o tranquilizantes (o con una frecuencia muy baja en cualquiera de ambos casos) que dieron un mayor número de respuestas negativas en las porciones del inventario referentes a la crianza, se consideró que éstas definen a los individuos que, en principio, no habrían de padecer este tipo de problemas de salud.

2. Análisis de los resultados obtenidos

2.1 Epidemiología

Por principio de cuentas es relevante, en el ámbito epidemiológico, el hecho de que, si bien sólo 13% de los adolescentes entrevistados contestaron la pregunta correspondiente a la cronicidad de los problemas para dormir (P94), 65.8% de éstos reportan problemas para dormir dentro del último mes, y poco más del 23% dijeron tenerlos dentro del último año. Se encontró que 62.2% de los adolescentes que contestaron P16 dijeron que con frecuencia o casi siempre duermen muy poco, mientras que sólo a 16.3% les ocurre muy pocas veces o casi nunca. La diferencia entre las cifras de este estudio y las reportadas por otros autores mexicanos se debe, posiblemente, a que las preguntas del inventario aquí analizadas no se refieren a ningún trastorno específico del sueño, sino tan sólo a la presencia o ausencia de dificultades para dormir en general y, por supuesto, al hecho fundamental de que tales autores realizaron sus trabajos estudiando otros grupos de edad (únicamente adultos) o con una población más amplia, que incluía tanto a adolescentes como a adultos y personas de la tercera edad.

En cuanto al consumo de somníferos o de tranquilizantes (P12), sólo 2.5% de los adolescentes entrevistados dijeron que los han utilizado cuatro o más de cada diez veces (frecuentemente, siempre o casi siempre). En cambio, la gran mayoría (96%) dijeron no tomar somníferos o tranquilizantes casi nunca o nunca o pocas veces. El porcentaje no dista mucho del encontrado por Téllez y sus colaboradores (1995), quizá debido a las categorías que se crearon para responder el inventario S.E.Vi.C.

Asimismo, la correlación efectuada entre el reactivo "Tomo pastillas para dormir o para los nervios" y el reactivo "Duermo muy poco" permitió descubrir que, de los 2077 sujetos que respondieron que tenían dificultades para dormir con frecuencia o casi siempre (62% de los adolescentes entrevistados), tan sólo 22 (1% de los adolescentes con dificultades para dormir; 0.6% del total de los adolescentes entrevistados) respondieron que tomaban somníferos o tranquilizantes con frecuencia o casi siempre. Estas cifras son menores que las halladas por Téllez y su equipo (1995), probablemente porque ellos entrevistaron a una población de adultos y no de adolescentes.

Por el contrario, de los 81 sujetos que afirmaron que tomaban somníferos con frecuencia o casi siempre (2% de la población entrevistada), 22 tenían dificultades para dormir con frecuencia o casi siempre (27% de los adolescentes que usaban somníferos; 0.6% de los adolescentes entrevistados).

Todos estos datos son de importancia epidemiológica, considerando que hasta ahora no se ha investigado a gran escala la frecuencia de trastornos de sueño (o al menos de dificultades para dormir) y del consumo de somníferos o tranquilizantes en los adolescentes mexicanos, por lo menos en zonas urbanas (véase, más arriba, Kageyama et al., 1998). Una revisión somera del catálogo de las tesis de licenciatura y de posgrado en la UNAM revela que desde la publicación de la primera tesis relacionada con el insomnio, en la Facultad de Medicina; Rosano, 1883) a la fecha sólo se han presentado poco más de 20 trabajos referentes al insomnio, a la somnolencia o a alguna otra dificultad para dormir, la mayor parte de ellos con una perspectiva médica o, más específicamente, psiquiátrica o farmacológica: cuatro de ellas estudiaron el sueño en los gatos y, salvo dos relacionadas con las consecuencias de la somnolencia y su medición, las demás centraron su interés en el tratamiento del insomnio: únicamente la primera incluía en su título una palabra relacionada con las causas del este trastorno.

Si los datos demográficos más recientes del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) dicen que el Distrito Federal había, al 14 de febrero de 2000, una población de 8,605,239 habitantes (de los cuales 4,494,754 o 52.2% son mujeres y 4,110,485 o 47.8% son hombres) y, en la República Mexicana, un total de 97,483,412 habitantes (de los cuales 49,891,159 o 51.2% son mujeres y 47,592,253 o 48.8% son hombres), es decir, que en el Distrito Federal vivía, en 2000, el 8.8% de la población nacional, entidad que por ello ocupó ese año el segundo lugar en densidad de población, después del Estado de México (véase INEGI, 2000; también, www.inegi.gob.mx/estadistica/espanol/sociodem/fsociodemografia.html),¹³⁹ es factible suponer entonces que de 2 a 3 millones de habitantes de la Ciudad de México y de 30 a 35 millones de habitantes del país tienen, respectivamente, dificultades para dormir.

¹³⁹ Población total por sexo al 14 de febrero de 2000. Véase (en INEGI, 2000; INEGI, 2001 y en la página: www.inegi.gob.mx) el cuadro 3.1 de los resultados preliminares del XII Censo General de Población y Vivienda. Véanse, también, los datos del Consejo Nacional de Población (Conapo), aparecidos en *La Jornada* (domingo 15 de julio de 2001, p. 34). Al 1 de enero de 1996, el dato correspondiente al país era de 92,787,039 habitantes (<http://www.conapo.gob.mx/indicaso/pobbase.htm>).

En lo que respecta al uso de hipnóticos o de pastillas para dormir, es posible que 160 mil habitantes y 1.9 millones de habitantes sean, respectivamente, las cifras correspondientes a la capital y al país (INEGI, 2000). La sobrepoblación de las grandes urbes del planeta, debida a un crecimiento exponencial (o, inversamente, a una escala logarítmica) del número de sus habitantes,¹⁴⁰ explica gran parte de los casos de estrés y, por consiguiente, de trastornos de la salud mental (entre otros muchos, cefaleas, angustia y, por supuesto, insomnio).

Los datos del INEGI específicamente relacionados con la población adolescente del país y de la Ciudad de México al año 2000 son los siguientes: en la República Mexicana había hasta ese año un total de 10,736,493 personas entre los 10 y los 14 años (11% de la población total del país), que representan la suma de 5,300,756 mujeres (49.4%) y 5,435,737 hombres (50.6%); entre los 15 y los 19 años, un total de 9,992,135 personas (10.3% de la población total), que incluyen a 5,082,487 mujeres (50.9%) y 4,909,648 hombres (49.1%) y, por último, entre los 20 y los 24 años, un total de 9,071,134 personas (9.31%), de las cuales había 4,767,534 (52.6%) mujeres y 4,303,600 (47.4%) hombres.

En el Distrito Federal había, hasta el año 2000, un total de 742,986 personas (8.63% de la población total de la entidad) entre los 10 y los 14 años (367,617 o 49.5% mujeres y 375,369 o 50.5% hombres); entre los 15 y los 19 años, un total de 798,349 personas (9.3% del total de la entidad), distribuidos en 408,300 o 51.1% mujeres y 390,049 o 48.9% hombres; finalmente, entre los 20 y los 24 años, un total de 832,517 personas (9.7% del total de la entidad), distribuidos en 431,593 o 51.8% mujeres y 400,924 o 48.1% hombres.

En total, las cifras correspondientes al rango de edad de los 0 a los 14 años son: en el país, 32,586,973 personas (33.4% de la población total del país), distribuidos por sexos así: 16,072,219 o 49.3% mujeres y 16,514,754 o 50.7% hombres; en el Distrito Federal, 2,245,014 personas (26.1% de la población total de la entidad), distribuidos así: 1,106,487 o 49.3% mujeres y 1,138,527 o 50.7% hombres (INEGI, 2001).

¹⁴⁰ Sin embargo, a pesar de estas cifras y del hecho de que la Tierra es una esfera (y de que no tiene, por tanto, una superficie infinita), la explosión demográfica no parece inquietar a muchos, tal vez por la limitada capacidad cerebral de la especie humana para percibir la situación general, vista desde afuera, y por los mecanismos de defensa que ésta ha desarrollado para afrontar los dolores que genera la realidad. Algunos astrofísicos creen que, al igual que cada cultura y cada religión han propuesto lo que en su momento fue una nueva comprensión particular respecto al mundo natural, quizá también los nuevos conocimientos sobre la creación material del mundo y el Universo (la gran explosión y el mundo de las partículas atómicas, por ejemplo) y los actos de violencia y de crisis económicas, cada vez más frecuentes, harán reflexionar a la sociedad a tiempo, evitando así el mayor de los desastres (Cole, 1998/1999).

2.2 Diferencias sexuales y otras características demográficas

La lista de las variables significativas aquí encontradas se asemeja a los resultados obtenidos por otros autores en un sentido: la importancia del sexo de los sujetos respecto a la frecuencia de las dificultades para dormir, pues fueron éstas más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Quizá sólo por no tener desglosados los renglones "nivel bajo" y "nivel alto" en P16 (dormir poco) y en P12 (consumir somníferos o tranquilizantes) en los niveles de frecuencia específica correspondientes no fueron evidentes las diferencias significativas entre los sexos en estos dos reactivos blanco, en contraste con lo que sostiene la bibliografía consultada. Sí fueron evidentes, por el contrario, en P67 (pesadillas), P68 (despertares con miedo), P69 (sonambulismo) y P94 (cronicidad de problemas para dormir). Esta diferencia notable entre los sexos no se debe, por supuesto, a situaciones laborales o conyugales como las mencionadas en la introducción de este trabajo: probablemente se explique por un condicionamiento diferencial al que son objeto los adolescentes de cada sexo en su familia durante los años de desarrollo (véase lo mencionado por Carlson y Cordova, 1999).

El hecho de que la aplicación del coeficiente de Pearson a las respuestas de mujeres y hombres por separado haya encontrado exactamente las mismas variables de crianza significativas para ambos sexos (S16, S18, S20, S27, S29, S40, S43, S50, S59, S68 y S70) confirma la importancia de dichas variables específicas en la propensión de los adolescentes entrevistados a padecer dificultades en el dormir.

Resulta interesante el hecho de que, al aplicar el coeficiente de Spearman a los datos obtenidos de las respuestas de los adolescentes, la correlación entre cada uno de los sexos con el reactivo blanco en cuestión mostró que, además de dos de las ya mencionadas (S29 y S40), las más significativas eran: en el caso de las mujeres, la causa de la muerte de la madre (S31) y la edad de la madre al morir (S26); en el de los varones, la causa de la muerte del padre (S22). Quizá existe una percepción diferencial en cada uno de los sexos, a esa edad, respecto a la desaparición física de cualquiera de los progenitores.

No sucede así, en cambio, en lo que concierne a la edad (dado que la muestra del presente trabajo incluyó exclusivamente adolescentes, nada puede saberse de la frecuencia de dificultades para dormir en otros grupos de edad), estado civil, enfermedades orgánicas, tensiones emocionales, trastornos psiquiátricos ni otros problemas concomitantes (Klink et al., 1992; Téllez et al., 1995; Williams y Karacan, 1985). Esto puede deberse a que el resto de las variables mencionadas por estos autores tienen que ver tan sólo con sujetos cuyas características sociodemográficas son muy diferentes a las de los entrevistados aquí: sucede así con la permanencia en asilos, la hospitalización y el divorcio o separación de los propios sujetos.

2.3 Variables de crianza significativas

En cuanto al problema central de este trabajo, se encontró que los reactivos asociados significativamente con cualquiera de las dificultades para dormir exploradas a través de los seis reactivos blanco aquí analizados o con el consumo de pastillas para dormir o para tranquilizarse son, principalmente, los que conciernen a las relaciones entre los adolescentes y sus padres; en particular, a las actitudes que tomaron los padres hacia los adolescentes en los años de su infancia, al consumo de sustancias adictivas por parte de los padres o a los conflictos conyugales entre éstos. Ello sugiere que los adolescentes **con dificultades para dormir** experimentaron, en la infancia, conflictos en su vida familiar, o que sus padres tenían dificultades para expresar sus afectos o su aprobación. Los resultados revelaron, así, **la posibilidad de que estas variables** (las relaciones con los padres) **desempeñen el papel de factores de riesgo** (es decir, **predictores del inicio, indicadores de predisposición**) de dificultades diversas para dormir (por lo menos, de las dificultades para dormir aquí representadas).¹⁴¹

¹⁴¹ Véase el artículo de Santos, Bohon y Sánchez-Sosa (1998), en el que se vio que las relaciones familiares disfuncionales en la infancia del individuo predicen la insatisfacción y el conflicto en las relaciones conyugales y laborales del futuro adulto, que los conflictos conyugales contribuyen directamente a trastornos en la salud mental, y que los conflictos en las relaciones con los compañeros de trabajo influyen indirectamente en la salud mental al afectar las relaciones conyugales de los inmigrantes.

Esta conclusión se basa en el hecho de que, por ejemplo, entre los sujetos que contestaron que dormían muy poco, la proporción de los que reportaron haber experimentado con más frecuencia las variables de crianza mencionadas fue mucho mayor que la encontrada entre los que no dormían poco: en uno de los casos, la correlación entre el reactivo "Duermo muy poco" y el reactivo "Mi padre usaba drogas", 54.5% de los sujetos cuyo padre usaba Frecuentemente y Siempre o casi siempre sustancias adictivas reportaron que con gran frecuencia (60% del tiempo en adelante) dormían muy poco. Este porcentaje resultó 32.05 veces menor, al compararlo con la frecuencia con la que sucedía en los que no dormían poco (1.7%). Asimismo, los coeficientes de correlación revelaron una asociación sistemática entre ambos grupos de variables.

Por supuesto, es necesario subrayar que, salvo en el caso de la pregunta relacionada con pesadillas o sueños que asustan mucho (P67), **la variable de crianza que resultó más significativa** (es decir, el reactivo que, comparado con el de las dificultades para dormir, presentó diferencias más apreciables entre los sujetos que registraron una frecuencia alta y los sujetos que registraron una frecuencia baja) fue el **consumo de sustancias adictivas** por parte de uno de los padres o de ambos (S20 y S29). Esto resultó válido para las preguntas relacionadas con:

- a) el consumo de pastillas para dormir o para los nervios (P12)
- b) dormir poco (P16)
- c) pesadillas o sueños que asustan mucho (P67)
- d) despertar gritando, con mucho miedo o terror (P68)
- e) sonambulismo (P69)
- f) cronicidad de los problemas para dormir (P94)

Y, a pesar de que P69 resultó ser una excepción en los datos resultantes del cálculo del coeficiente de Spearman, en donde S20 y S29 resultaron significativas por debajo de 0.25 (no así con los datos de Pearson, en donde ambas resultaron significativas sin concesión alguna), puede afirmarse que el **consumo de sustancias adictivas en los padres parece ser el factor de riesgo de mayor peso** y el centro de interés para cualquier intervención que se efectúe posteriormente respecto a este tipo de problemas de salud (dificultades para dormir) en este tipo de población (adolescentes escolares).

Otras variables de crianza importantes en los resultados de la correlación (Pearson o Spearman o ambas) entre éstas y los reactivos blanco fueron la **actitud hacia la escuela** (agrado o desagrado) (S68), el **hecho de vivir con la madre en la misma casa** hasta los 14 años (S27), la **actitud ofensiva del padre o tutor** (S43) al pedir las cosas, el **grado de habilidad** de los adolescentes entrevistados para las **actividades deportivas** (S70) y, también, el tipo de persona o lugar donde se criaron los adolescentes de este estudio hasta los 14 años (S16).

2.4 Otras observaciones estadísticas

Se hacen, a continuación, algunas observaciones con respecto a la relevancia de algunas de las variables de crianza.

Tan sólo en una de las variables de crianza aquí analizadas fueron congruentes los resultados obtenidos (las respuestas de los adolescentes entrevistados) con la suposición prevista originalmente. Se trata de la **actitud hacia la escuela**: de entre los adolescentes que dijeron ser "usuarios de somníferos", fueron más los que dijeron que les desagradaba la escuela; asimismo, más de los adolescentes con "nivel bajo" de somníferos dijeron que les agradaba la escuela. Pero la carencia de un dato en ese caso (la frecuencia para la categoría "Me disgusta mucho") hace pensar en la posibilidad de que esta conclusión sea falseable. La explicación puede residir en el hecho de que, en la edad en la que se entrevistó a los sujetos, la escuela es, quizá más aún que en cualquier de las otras etapas de la vida, una fuente importante de ansiedad.

Por el contrario, en la mayor parte de las variables de crianza analizadas en su correlación con el consumo de somníferos o tranquilizantes (**consumo de sustancias adictivas en la madre, consumo de sustancias adictivas en el padre, órdenes ofensivas del padre, habilidades deportivas, comparaciones negativas de la madre y castigos merecidos del padre**) solamente las adolescentes (sexo femenino) respondieron conforme a las hipótesis, pues fue en ellas **positiva** la correlación entre estas variables de crianza y la respuesta al reactivo del consumo de somníferos o tranquilizantes.

En dos de las variables de crianza sólo los adolescentes varones confirmaron la hipótesis (una de las dos, de hecho, sólo resultó significativa para los del sexo masculino): **cohabitación de la madre y demostración de afecto en la madre**. Por último, hubo una variable de crianza que, aunque significativa por su coeficiente de correlación de Pearson, no coincidió, tanto en hombres como en mujeres, con la suposición original: la **crianza hasta los 14 años** (aunque sí hubo una correlación positiva entre el nivel bajo del consumo de pastillas para dormir y la crianza en condiciones "naturales", es decir, con los padres naturales o, por lo menos, con uno de ellos). Es interesante observar que las dos variables de crianza en las que sólo los adolescentes varones respondieron como se predijo tienen que ver con la relación establecida con la madre: quizá la cohabitación con la madre y la demostración de su afecto son más importantes, por lo que tienen que ver con su desarrollo emocional, para los hombres que para las mujeres.

En el caso de P16 ("Duermo muy poco"), únicamente en las respuestas de adolescentes del sexo femenino al reactivo relacionado con la **aplicación de castigo físico por la madre** fueron los resultados congruentes con la suposición prevista en las hipótesis. Es decir, fueron más las adolescentes que dormían poco con gran frecuencia (60% del tiempo en adelante) que reportaron haber sido castigadas físicamente por la madre con más frecuencia (Casi diario o Una vez a la semana), y también el nivel bajo en este reactivo correlacionó positivamente con la frecuencia de la variable relacionada con el castigo físico por la madre.

En todas las otras variables de crianza analizadas en su correlación con los problemas para dormir (**amenaza de divorcio de los padres, expresión afectiva por parte de la madre, habilidades deportivas, consumo de sustancias adictivas en el padre o en la madre, actitud hacia la escuela, órdenes ofensivas del padre, crianza hasta los 14 años, cohabitación de la madre y comparaciones negativas de la madre**), los adolescentes de uno o de otro sexo (o de ambos) no respondieron conforme a lo previsto en las hipótesis: fueron más los adolescentes con **poco tiempo total de sueño** los que contestaron con una frecuencia baja o muy baja (respuesta que puede considerarse negativa) a cada una de las preguntas sobre estas variables de crianza. Pero sí correlacionó, en todas ellas, positivamente el nivel bajo de tiempo total de sueño, por lo menos, con la frecuencia reportada para cada una de esas variables. Vale la pena anotar aquí que una de estas variables de crianza (la **amenaza de divorcio de los padres**) ya ha aparecido en otros estudios entre las condiciones familiares que, en la infancia, son generadoras de ansiedad (véase el trabajo de Michael Rutter de 1983, citado por Davidoff, 1987/1989). También coincide esta lista de variables con la observación ya anotada de que mientras más impredecible e incontrolable se perciba un factor de estrés mayor será el nivel de ansiedad.

De lo anterior puede decirse que la información estadística obtenida debe interpretarse con cautela: no dicen las gráficas que cada variable de crianza analizada explique el tiempo que dedica con frecuencia el adolescente al dormir. Ni siquiera que el tiempo dedicado por cada adolescente a dormir dependa de sus valores individuales de frecuencia o intensidad en dichas variables. Tan sólo puede afirmarse, más bien, que son menos frecuentes las dificultades para dormir en aquellas o aquellos adolescentes que presentaron menos frecuentemente las variables consideradas "de riesgo". Y que éstas se califican con ese nombre exclusivamente en función del hecho de que resultaron ser las respuestas más frecuentes en la población entrevistada (compárese, por ejemplo, con Fichten et al., 1995).

Para evitar que los sujetos dieran respuestas que poco reflejaran su realidad particular, se instrumentaron dos procedimientos. En primer lugar, en las instrucciones se les insistió en que no hicieran marca alguna que pudiera identificarlos. Se les persuadió, por otra parte, de que contestaran con toda veracidad, ya que la información obtenida se usaría como base para campañas educativas y de promoción de la salud psicológica.

Con lo anterior se confirman algunos hallazgos de la bibliografía: que este tipo de dificultades para dormir son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres (al menos en la población adolescente que aquí se estudió) y, sobre todo, la importancia, para el surgimiento de trastornos de sueño crónicos en un individuo, del consumo de sustancias por parte de sus padres, de la presencia o ausencia o incluso desaparición física de cualquiera de ellos y, por último, de la ruptura o de la amenaza de ruptura de su relación de pareja. Variables todas éstas que, como ya se ha hecho notar, competen únicamente al aspecto social-familiar de la etiología del problema en el dormir.

3. Limitaciones

La presente investigación presentó algunas limitaciones. En rigor no puede considerarse, en primer lugar, que ninguno de los adolescentes entrevistados que contestaron afirmativamente una o más de las preguntas del S.E.Vi.C. relacionadas con dificultades para dormir tenga lo que se definió aquí como insomnio, pues este inventario tiene finalidades de prevención y no, como los cuestionarios de sueño aplicados en la práctica clínica y experimental de sueño, de diagnóstico (Kayukawa y colaboradores, 2000; Soldatos, Dikeos y Paparrigopoulos, 2000).¹⁴² Asimismo, como no se trató de un estudio de sueño, tampoco se aplicó un registro PSG (ASDA, 1995; Knox y Foresman, 2000). Ambos instrumentos habrían permitido determinar con precisión la presencia o no de una dificultad para dormir y, sobre todo, de un trastorno real en el dormir, tratándose del insomnio crónico o de cualquier otro de los aquí mencionados. Recuérdese que la mayor parte de los aproximadamente 90 trastornos de sueño definidos por la ASDA suelen pasar desapercibidos en la práctica médica rutinaria, y se los confunde con condiciones de menor importancia (Schrader, 1995).

Ninguna de las variables aquí estudiadas se refiere propiamente al insomnio ni tampoco a ninguno de los trastornos en el dormir clasificados en 1990 por la ASDA. Una de las dos preguntas aquí analizadas habla de dormir muy poco y, aunque los datos estadísticos hayan resultado significativos, no puede saberse si ello se debe a la presencia de un trastorno específico de sueño o, simplemente, a cualquiera de las otras dificultades que puedan tener las personas entrevistadas en la vida cotidiana. Otro de los reactivos estudiados (el relacionado con el consumo de pastillas para dormir o para los nervios) puede reflejar más acertadamente la presencia de un trastorno (el trastorno de ansiedad), pero tampoco es ésta la manera de diagnosticarlo.¹⁴³

¹⁴² Véase, en el Apéndice D, el ejemplo ya antes mencionado de un cuestionario de sueño.

¹⁴³ En pacientes con insomnio, si la ansiedad impregna la mayor parte de los aspectos del funcionamiento, suele diagnosticarse trastorno de ansiedad generalizada. Por el contrario, si la ansiedad se centra casi exclusivamente en el mal dormir y en sus consecuencias sobre el funcionamiento cotidiano, el diagnóstico casi siempre será insomnio psicofisiológico. Más o menos lo mismo ocurre al tratar de diferenciar un trastorno afectivo como la depresión, pues tanto éste como el insomnio psicofisiológico incluyen, entre sus síntomas: un estado de ánimo disfórico, pérdida de apetito o de la libido o la típica fluctuación diurna de la depresión (que empeora en las mañanas) (clasificación de los trastornos de sueño de la ASDA, revisión de 1997, citada por Attarian, 2000).

En segundo lugar, en cuanto al hecho de que no fue éste un estudio longitudinal, sino retrospectivo, el autor está consciente de que habría sido más provechoso, para los intereses de esta investigación, tener acceso a datos relacionados con los primeros años de vida de los adolescentes, información con la que se habrían obtenido conclusiones más acertadas respecto a la etiología de las dificultades que dijeron tener para dormir y a la de su consumo de somníferos o tranquilizantes. Esto sería relevante, en particular, para entender la situación de los adolescentes que presentan problemas para dormir, aunque probablemente también es indispensable, para fines comparativos, conocer los antecedentes de los sujetos que no se quejan de ese tipo de dificultades.

En tercer lugar, se sabe que los sujetos con insomnio crónico tienden a sobreestimar su latencia de sueño y la duración de los episodios nocturnos de vigilia, y a subestimar el número de sus despertares (Coursey, Frankel, Gaarder y Mott, 1980). No obstante, el hecho mismo de que el 62.2% de los adolescentes entrevistados reportaran que, en cuatro o más de cada diez ocasiones (60% de las veces o más), dormían muy poco, impide pensar que sus respuestas afirmativas al reactivo correspondiente a las dificultades para dormir hayan sido producto de una exageración.

La cuarta limitación se refiere al hecho de que algunos otros de los reactivos de la sección del inventario relacionada con problemas de salud podrían haberse utilizado para esta investigación, a saber: "Me dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche", amén de otros reactivos que hacen referencia a la duración de estados de ánimo, de problemas sexuales, de problemas de la memoria, de problemas con la alimentación o con el peso corporal, de conflictos con la pareja o con la familia, de enfermedades físicas o de agresividad. Baste decir que las limitaciones naturales de tiempo impidieron llevar a cabo el análisis que merecen.

En quinto lugar, el hecho de que no hayan sido la obesidad o el sobrepeso (la pregunta "En cuanto a mi peso normal, estoy: muy por debajo de él/por debajo de él, en mi peso, por arriba de él/muy por arriba de él" o alguna otra de las relacionadas con la alimentación), la inactividad física ni la dependencia del alcohol u otra sustancia adictiva una de las variables de crianza significativas para el desarrollo de dificultades para dormir, fue porque este estudio centró su atención principalmente en las circunstancias de vida familiares de los adolescentes (razón por la cual tales variables quedaron incluidas en la primera parte del inventario, es decir, en el grupo de preguntas relacionadas con el estado de salud de los propios adolescentes), es decir, en los factores de predisposición (Aldrich, 1999) y no en los factores individuales que puedan explicar la generación de tales dificultades (véase el estudio de Janson y colaboradores, 2001, donde se descubren, como variables que explican el surgimiento del insomnio: "factores del estilo de vida", tales como la obesidad, la inactividad física y la dependencia del alcohol, el estado de salud en general, trastornos médicos como trastornos de las articulaciones y de la espalda y, por último, enfermedades psíquicas, variables todas ellas que aumentan el riesgo de padecer insomnio; no correlaciona con el insomnio, en cambio, el envejecimiento)

Por último, la limitación más obvia (la circunstancia de que este estudio se llevó a cabo única y exclusivamente con adolescentes escolares de ambos sexos, de nivel bachillerato y, específicamente, del Colegio de Ciencias y Humanidades) impide suponer, de entrada, que cualesquiera afirmaciones o negaciones derivadas de los resultados aquí obtenidos pueden aplicarse a una población más general de adolescentes, ya no se diga a una población nacional o mundial.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Véase Luce y Segal (1966/1981).

4. Análisis estadístico: el método actuarial

La decisión de aplicar un **análisis estadístico** para tratar de averiguar la etiología de las dificultades crónicas para dormir se apoya, básicamente, en el argumento de que un trastorno de salud se define como problema no tan sólo por el hecho de que ocasiona quejas en quienes lo padecen, sino sobre todo porque su importancia puede verificarse a través de **datos epidemiológicos** (Winnett, Moore y Anderson, citados por Baer y Schwartz, 1991). La carencia de este tipo de datos no implica que un problema de salud no tenga **relevancia social**. Pero el exceso de confiabilidad en la epidemiología puede hacer que los que se dedican al análisis conductual se abstengan de buscar métodos nuevos, quizá más eficientes, para evaluar la importancia social de los problemas en que se interesan los programas de intervención del análisis de la conducta (Baer y Schwartz, 1991).

Se espera siempre que los datos epidemiológicos que se obtengan en cualquier investigación sean objetivos, confiables y válidos, para lo cual es preciso escoger el subconjunto de ellos que puedan considerarse de mayor importancia en la resolución del problema (averiguar la etiología de un problema de salud, como en el caso de este trabajo). Y la elección, útil para identificar a los grupos de sujetos que se hallan en riesgo, es sin embargo subjetiva, personal y conductual. Invariablemente. En otras palabras, está sujeta a muchas contingencias y estímulos de control, poco relacionados con lo racional (véase, por ejemplo, Baer y Schwartz, 1991; bien puede compararse esta situación con la de la veracidad del juicio de los propios durmientes respecto a su condición, analizada más adelante con base en los análisis de Cole, 1998/1999 y de Wilde, 1994).

Y, a pesar de que hay muchos problemas conductuales para los cuales pueden no ser útiles estos métodos, el **insomnio** puede calificarse, con toda justicia, como un **problema conductual** en el que los procedimientos relacionados con la validez social encuentran una aplicación justificable (véase Wolf, 1978). Recuérdese que la táctica fundamental del **análisis conductual aplicado**, y probablemente de todo método experimental interesado en la conducta o el comportamiento, consiste no en averiguar cómo cambiar la conducta, sino en descubrir las conductas que es necesario modificar a fin de resolver la queja que ha hecho necesaria la búsqueda de un tratamiento o intervención (Baer, 1990). Y eso es, precisamente, lo que se lee en una definición del **método actuarial** (Ferrán, 1996, p. 346): "...(aquel que obtiene), mediante probabilidades condicionadas, una descripción más precisa de la evolución de la supervivencia a lo largo del tiempo".

En opinión de Winnett, Moore y Anderson (citados por Baer y Schwartz, 1991), el propósito de los estudios de validez social es elegir cierto tipo de datos epidemiológicos para analizarlos y, a partir de ellos, identificar los problemas y grupos blanco que se hallan en riesgo.

Por su parte, Hall (1990) afirma que los juicios clínicos pueden mejorarse mediante el uso complementario de **predictores actuariales**. Tiene razón al decir que, obviamente, no deben aceptarse los datos clínicos como única información, si se carece de datos estadísticos que los apoyen. Y que no es deseable adoptar, sin más, los métodos estadísticos por encima de los clínicos, en la predicción de eventos relativamente poco probables que pudiesen implicar consecuencias graves para la sociedad. De éstos son, recuérdese, un ejemplo vigente el homicidio o la agresión sexual.

En definitiva, el estudio comparativo que hacen Dawes, Faust y Meehl (1989) acerca de estos métodos ofrece una ventaja confiable al procedimiento actuarial. Son muchos los casos que presentan ellos de experimentos en distintos campos (el diagnóstico diferencial de la neurosis y la psicosis, el diagnóstico de la disfunción cerebral progresiva o de la enfermedad de Hodgkin, la decisión respecto al consumo de un fármaco antipsicótico o, también, respecto a la hospitalización de un paciente, etcétera) que confirman dicha preferencia. Su estudio demostró incluso que las evaluaciones efectuadas por los patólogos ofrecían información que podría ser útil, pero que sólo el método actuarial, que se basa en estos puntajes, confirmaba su valor predictivo.

Vivir es una enfermedad para la cual el sueño ofrece alivio cada dieciséis horas.
Esto es un paliativo. El remedio es la muerte.

Sebastian-Roch Nicholas de Chamfort,
escritor y crítico francés (1741-1794): *Maxims and Considerations*
[*Máximas y consideraciones*], 1796/1926, trad. E. Powys Mathers.

Al dormir no somos hipócritas.
William Hazlitt, ensayista inglés (1778-1830): *The Plain Speaker, On Dreams*, 1826.

Mi vida, si tratas de dormir,
cuenta un número infinito de estrellas;
si aún sigues despierto,
cuenta las gotas que llenan un lago;
si luego la vigilia aún pende sobre tí,
cuenta las veces que te amo;
y si el sueño aún se resiste,
cuenta las veces que no te dije.

Franklin Pierce Adams (1881-?). periodista y humorista estadounidense:
Lullaby [*Canción de cuna*].

5. Aplicaciones posibles en crianza y educación: los padres, los hijos y los profesionales de la salud

Resaltan, entre las variables que resultaron importantes en este estudio como factores de riesgo del consumo de somníferos o tranquilizantes y de dificultades diversas en el dormir, la actitud ofensiva del padre al dar órdenes y, sobre todo, el consumo de sustancias adictivas. Esta última variable es, por los resultados aquí obtenidos, la primera que debe tomarse en cuenta al pensar en estrategias de prevención de los trastornos de sueño. Durante los últimos años, el aumento acelerado del consumo de sustancias adictivas entre los adolescentes y en la población general (hay que pensar, por supuesto, en las que, con un consumo frecuente y/o excesivo, provocan dependencia física o adicción: tabaco, alcohol, cocaína, morfina y amfetaminas, principalmente, en ese orden, y no en las que sólo producen dependencia psicológica o en las que, para producirla, necesitarían consumirse en una frecuencia e intensidad inconcebiblemente alta, como es el caso de la cafeína¹⁴⁵) y de los problemas de salud derivados de tales adicciones (uno de ellos, el insomnio, puede originar daños en el sistema inmunológico)¹⁴⁶ justifican la necesidad de tratamiento y, ante todo, de prevención (véase Apéndice B).

¹⁴⁵ Ha resultado ser incluso benéfica, si se consume en dosis moderadas. Para información más detallada, véanse, dentro de <http://onhealth.com/conditions/in-depth>, los datos recopilados por Holly G. Atkinson, editora de *HealthNews* (recuperados el 7 de septiembre de 2000). Se sabe, por ejemplo, que altera la absorción del calcio y del hierro, así que deben evitar su consumo quienes padezcan anemia u osteoporosis (López Mercado, A., 2002). Y, aunque la interrupción brusca del consumo de cafeína puede provocar, en quien la bebe habitualmente, dolor de cabeza y fatiga, esto sólo dura unos días y, sobre todo, no revela adicción alguna: sólo el consumo rápido de siete tazas sucesivas o más activaría la zona del cerebro responsable de la adicción (según la doctora Astrid Nehlig, del INSERM-Estrasburgo, citada en http://onhealth.com/conditions/briefs/item_37802.asp, recuperado el 8 de septiembre de 2000). En México, el Consejo Mexicano del Café llegó a proponer la inclusión de sobres del aromático en los desayunos escolares que suele entregar el DIF. Según Darcy Roberto Lima, investigador del Instituto de Neurología de la Universidad de Río de Janeiro, el café también puede considerarse un alimento nutritivo, pues contiene en realidad una concentración muy baja de cafeína (1-2%), comparada con la de los aminoácidos, que predominan (5-10%), los azúcares (30-40%), la niacina o ácido nicotínico (2-3%), los ácidos cloragénicos (6-9%) y diversas sales minerales. Con esta composición química, es posible que propicie una mayor atención de los niños en la escuela (Gómez, 2001, agosto 27). Se sabe con certeza que su consumo está relacionado con un aumento en la presión arterial (tiene efectos poderosos sobre el sistema nervioso simpático, aumentando los niveles de catecolaminas, regulando en sentido negativo los receptores beta y bloqueando los receptores de adenosina; parece aumentar la resistencia periférica total en respuesta a factores estresantes). Y, considerando la cantidad de cafeína consumida por pacientes con apnea obstructiva de sueño (AOS) (casi el triple de lo consumido por sujetos sin AOS), el aumento en el tono adrenérgico de tales pacientes y el nivel de noradrenalina en su orina sólo pueden explicarse parcialmente: no se observó una relación significativa consumo de cafeína-presión arterial ambulatoria; la cafeína no parece contribuir significativamente, así, a la relación observada entre la AOS y la presión arterial elevada (Bardwell, Ziegler, Ancoli-Israel, Berry, Nelesen, Durning y Dimisdale, 2000).

¹⁴⁶ Véase, en Contreras (2001, julio 5), un resumen de los efectos principales de las amfetaminas, la cocaína, el crack, el éxtasis, la heroína, el LSD, la marihuana y los *poppers*.

Además, es de gran interés que en cuatro de las variables de crianza que resultaron significativas se hace referencia al padre. Esto confirma la importancia de la relación entre el adolescente y el progenitor de sexo masculino como posible factor de riesgo psicológico en México. A ello aluden ya Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán (1992), quienes subrayan el hecho de que en la literatura psicológica se ha vinculado el estilo autoritario del padre "con autoestima disminuida, falta de motivación, menor desarrollo intelectual y rendimiento académico bajo" y "la conducta desadaptativa parece asociarse más consistentemente con el rechazo del padre que con el de la madre" (p. 27).

En los datos aquí obtenidos, la madre también es importante como factor de riesgo (es una de las diez variables más significativas), pero lo es menos que el padre. En particular, la ausencia de aquélla no parece ser, como la de éste, **factor de riesgo para que se desarrollen las dificultades para dormir** en los adolescentes. ¿Esto quiere decir, acaso, que la presencia del padre es absolutamente necesaria para garantizar el desarrollo saludable de los hijos? No, por supuesto: recuérdese que un componente central en la aparición de perturbaciones psicológicas o emocionales es **la falta de expresión de afecto** por parte de los miembros relevantes de la familia. Probablemente esto explica por qué los hijos (de cualquiera de ambos sexos) de madres divorciadas o lesbianas o solteras no presentan este tipo de problemas de salud, y por qué esta situación se presenta con más frecuencia en los casos en los que la(s) persona(s) dedicada(s) a la crianza son mujeres, en comparación con lo que ocurre cuando son hombres.

De esta manera, al igual que lo hacen Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán en uno de sus estudios (1992), se hace énfasis aquí en **la necesidad de promover la educación de los padres**. Es imprescindible promover en ellos **estilos de crianza** que promuevan la salud y el ajuste psicológicos del niño y del adolescente, a través de actitudes que impliquen el razonamiento (es decir, que consideren al menor una persona capaz de decidir y opinar)¹⁴⁷ y que demuestren interés, afecto y apoyo, y no desinterés, abuso del poder, hostilidad física o psicológica u otras conductas disfuncionales.

¹⁴⁷ Véase Gómez (2001, septiembre 25).

¿Cómo podrían traducirse los principales hallazgos de este estudio en materiales o intervenciones preventivas? Ante todo, es indudable que un **método multivariado de predicción** resulta ser, para el estudio de la etiología del insomnio, mucho más útil que los métodos univariados (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991). La información aquí presentada podría encontrar aplicación, por consiguiente, en la **educación de los hijos**. Parece haber una serie de patrones de crianza que influyen negativamente en el desarrollo psicológico del niño y que, por la vulnerabilidad a que su propia personalidad lo predispone y por la carga de estrés que tales factores acarrearán, llegan a convertirse, pasados los años, en conflictos psicológicos de tal magnitud que logran trastornar la tranquilidad del individuo y hacer de su dificultad para dormir un problema de salud crónico.¹⁴⁸ Es necesario que los padres adquieran **las habilidades apropiadas** para que ayuden a los hijos a identificar o contrarrestar las conductas relacionadas con hábitos defectuosos en el dormir o con dificultades diversas para dormir (véase Wolke, Meyer, Ohrt y Riegel, 1994). **Las intervenciones educativas** que pueden ayudar a prevenir diferentes tipos de deterioro psicológico forman parte de una de las siguientes fases del Programa de Prevención de la Salud Mental (Sánchez-Sosa et al., 1992).

Una estrategia eficaz para impedir la aparición de este trastorno de sueño puede consistir en **adiestrar a los padres** en lo relativo a las relaciones con sus hijos, en especial cuando éstos son aún muy pequeños:

- 1.- Que, en su crianza, el trato con ellos sea directo, cercano, no ofensivo ni agresivo, y que promueva actitudes positivas hacia su persona y hacia los demás.
- 2.- Que los conflictos entre los padres (inevitables en toda relación interpersonal, en función del nivel de compromiso) se ventilen únicamente entre los miembros de la pareja, de modo tal que no se vea amenazada la integridad emocional del individuo y de la familia.
- 3.- Las campañas de prevención dirigidas al **abuso en el consumo de sustancias adictivas** son cada vez más necesarias, considerado el **daño emocional** que implica para una persona el que su padre o su madre tenga(n) problemas de salud física y mental debido a esta conducta.

¹⁴⁸ Actitudes que generan lo que algunos denominan un *vacío de desarrollo*, fenómeno que se manifiesta cuando el individuo, ya adulto, expresa que se siente falso, que no es nadie, que no hay nadie en su interior; que, al pensar en sí mismo, se siente torpe, como si estuviera buscando algo que no existe o que intenta ser como la persona con la que se encuentra a cada momento (Levenkron, 1991/1992, pp. 66-67).

- 4.- Los resultados de esta investigación confirman que las actitudes del padre (las actitudes repetidas a diario a lo largo de los años, incluso su ausencia) resultan tan importantes en el desarrollo emocional de los hijos como las de la madre, y que determinan el estado de su salud psicológica en el futuro.

También es imprescindible, por supuesto, que los padres aprendan cómo combatir sus propios estados de angustia; cómo mantener un estado de relajación, hasta donde sea posible; cuántos de sus hábitos cotidianos les han generado problemas para dormir, muchos de éstos crónicos, y cuáles son las técnicas para deshacerse de tales hábitos (técnicas cognitivo-conductuales, en la mayor parte de los casos).

Este doble entrenamiento preventivo (el de los padres respecto a la crianza de los hijos y el de los padres respecto a sí mismos), aquí en lo relativo a las dificultades para dormir, consiste en la elaboración de programas de educativos a través de medios audiovisuales como la televisión (programas en video) en ambos sentidos: debe considerarse lo imprescindible de la necesidad de que los padres aprendan a detectar sus propios hábitos de sueño que inadvertidamente los conducen al insomnio crónico y a otras dificultades para dormir y, también, los patrones de crianza que los padres o tutores ponen en práctica con frecuencia casi cotidiana durante los primeros diez o quince años de vida de sus hijos, patrones que pueden conducir a estos últimos a desarrollar un estado de angustia que les impida no sólo conciliar el sueño (interés de este trabajo en particular) sino madurar emocionalmente (interés de toda persona).

Deberá insistirse, como parte de ese entrenamiento, en la relevancia de las conductas adictivas de los padres y en sus actitudes de constantes comparaciones negativas y/u ofensivas hacia los hijos. El entrenamiento deberá ser constante, por supuesto, reforzando la adquisición de las conductas promotoras de la salud y la extinción de aquéllas relacionadas con la enfermedad (véase, por ejemplo, el estudio sobre higiene del sueño publicado por Holbrook, White y Hutt, 1994; asimismo, el trabajo publicado por Bohon, Santos, Sánchez-Sosa y Singer, 1994, acerca de los efectos positivos de un video sobre salud mental proyectado a inmigrantes mexicanos jóvenes).

En segundo lugar, el **entrenamiento del adolescente**. Quien vive la adolescencia puede y debe desarrollar, por un lado, sus habilidades deportivas, con las cuales aprenderá a entrenarse en un estado de relajación que le permitirá reducir considerablemente los estados de angustia y, en consecuencia, aprenderá a relajarse, a dormir y descansar. Por el otro, deberá aprender a modificar sus actitudes hacia aquellas situaciones de la vida cotidiana que puedan generar estrés y angustia, como ocurre con las actividades escolares. Por supuesto, todos los cambios en conductas y actitudes pueden aprenderse a través de programas de prevención que pueden transmitirse también a través de medios audiovisuales, en combinación con instrucciones específicas. Sánchez-Sosa (1982) ejemplifica, con un análisis de las investigaciones sobre orientación conyugal, la aplicación de este tipo de procedimientos de la psicología conductual. Así, es posible destinar campañas a la difusión de todas aquellas actividades que contribuyan a **promover una higiene del sueño**.

Sólo cuando no podemos dormir sabemos qué larga es la noche.

Proverbio chino.

No seas amigo del sueño, para que no te veas oprimido en la indigencia;
abre tus ojos, desvélate, y te sobrará pan.

La Biblia, Antiguo Testamento, Proverbios (20:13).



Hypnos. Mosaico encontrado en una construcción del siglo II d.C. en el pueblo de Risan, en la bahía de Kotor, en Montenegro, al sur de la península de los Balcanes. Se dice que es ésta la única imagen conocida del dios pagano Hypnos en el mundo (www.montenegro.org).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. Educación para descansar

En uno de sus más recientes estudios nacionales, la NSF encontró, entre otras cosas, que la población de los Estados Unidos muestra una **carencia notable de conocimientos acerca del dormir**, fundándose en mitos y creencias falsas, principalmente: que cualquier persona necesita, en función de la edad, cada vez menos horas de sueño; que subir el volumen del radio ayuda al conductor a no dormirse mientras maneja; que el organismo sí puede adaptarse a los horarios laborales nocturnos; que la mayor parte de los trastornos se deben a las preocupaciones y a problemas psicológicos; que los problemas para dormir pueden resolverse fácilmente, ya sea automedicándose (con hipnóticos, principalmente) o con una bebida alcohólica (Ancoli-Israel y Roth, 1999), y que los ronquidos no son dañinos siempre y cuando no perturben el sueño (NSF, 1998).¹⁴⁹ Muchas de estas ideas erróneas prevalecen incluso entre los profesionales de la salud (Rosas, 2000, febrero 8; Zimmer, 1985).

En opinión de William C. Dement, es necesario que los fundamentos del sueño y de sus principales trastornos se integren a los contenidos del sistema educativo de los Estados Unidos. Algunos legisladores estadounidenses presentaron una resolución que subraya la necesidad de iniciativas educativas al respecto (NSF, 1998), una decisión que en México generaría controversia tanto entre las autoridades educativas como entre los padres de familia (Gómez y Cruz, 1999, noviembre 11). En todo caso, la ASDA elaboró, recientemente, una lista de valores normativos para calificar la calidad del sueño y los despertares de niños y adolescentes (5 a 16 años), preocupada sobre todo por la fragmentación que tales despertares provocan en el sueño (Stores y Crawford, 2000). Esta evaluación puede servir para justificar un cambio en el sistema educativo del país.

Olders (Engel, 2000, octubre 31) enumera algunas de las ideas erróneas que existen al respecto, desafortunadamente muy frecuentes:

- a) que, en caso de no haber dormido lo suficiente entre semana, es posible recuperar el sueño perdido durmiendo hasta tarde el fin de semana (una conducta muy común entre los adolescentes en etapa escolar que en realidad no es de mucha ayuda, pues termina generando insomnio los fines de semana);

¹⁴⁹ J. M. Calvo ve en el insomnio, más que un problema en el dormir, un trastorno de la vigilia (comunicación personal, mayo 2002).

- b) que el estrés y la ansiedad son, por sí solos, los causantes del insomnio: la ansiedad y el estrés no le quitan el sueño a quien está verdaderamente falto de sueño, sino sólo a aquél cuya personalidad y cuyas preocupaciones excesivas respecto a la salud y al dormir lo conducen a pasar una mala noche; muchas personas pueden perpetuar, sin darse cuenta, sus problemas para dormir: pensar que el mal funcionamiento diurno se debe al mal sueño nocturno puede convertirse en una de esas profecías que se cumplen;
- c) que, si no fue posible dormir bien, no se podrá funcionar al día siguiente (la verdad es que, aun sin dormir un solo minuto durante toda una noche, la mayor parte de las personas pueden funcionar más o menos bien, y llega un momento en el día en el que incluso se tiene la sensación de que el sueño desapareció, que ya no hay somnolencia;¹⁵⁰ en todo caso, basta con dormir una breve siesta, si no para sentirse bien por el resto del día, al menos para recuperarse por un rato; César Escalante (investigador del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía, España) ha encontrado que una siesta de 10 a 40 minutos de duración potencia la memoria y la concentración, permitiendo iniciar nuevas fases de actividad cerebral de manera más fresca y desahogada; contribuye a la descarga de ansiedad, permite la relajación muscular y nerviosa, lo que aumenta el rendimiento laboral, y evita la saturación mental; hay buenos motivos para no discontinuar el hábito de tomar una siesta (los países anglosajones y los orientales han comenzado a incorporarla en su ritmo diario); una siesta más prolongada puede producir una sensación de falta de descanso, malhumor y dificultad para despertar.¹⁵¹
- d) que, si se siente constantemente que hace falta dormir, es necesario quedarse más tiempo en la cama (como ya se dijo, dos de las estrategias sobre todo contra el insomnio inicial radican, precisamente: durante la noche, en no acostarse sino hasta que se tenga sueño y levantarse de la cama en cuanto esta sensación se pierda y, en la mañana, en levantarse un poco antes de lo acostumbrado; se trata de la llamada *restricción de sueño* o, quizá más apropiadamente, *restricción del tiempo en cama*);

¹⁵⁰ Lo cual puede explicarse a través de las *puertas del sueño*, concepto utilizado por Peretz Lavie (1996/1997) para describir el cambio súbito de un nivel de alerta elevado a otro de somnolencia extrema.

¹⁵¹ Véase la nota de la agencia Afp publicada por *La Jornada* (suplemento Lunes en la ciencia, lunes 10 de septiembre de 2001, p. II, sección ¡Eureka!). Se ha visto que en México las siestas se distribuyen de manera diferente durante el día, según la edad: a media tarde, entre las 2 y las 6 de la tarde, entre estudiantes universitarios, y de la 1 a las 3 de la tarde en trabajadores y ancianos (Dinges y Taub, citados por Reséndiz García, 1998).

- c) que una de las características naturales del envejecimiento es la dificultad para dormir o, al menos, la reducción en el número de horas de sueño (esto tiene que ver, en parte, con la idea errónea de que ocho es el número mágico de horas de sueño con el que hay que cumplir necesariamente para mantener un "buen" estado de salud general; existe además la suposición, incluso entre los propios ancianos, de que es el envejecimiento mismo lo que explica la aparición de los cambios mencionados en el dormir, cuando puede tratarse, en realidad, de un trastorno de sueño; estudios como el de Valencia (1990), el de Fichten y sus colaboradores (1995) y el de Foley, Monjan, Simonsick, Wallace y Blazer (1999) han ayudado a entender la situación particular de este sector de la población).

Está claro que no es fácil convencer a las personas que no logran descansar que modifiquen muchos de sus hábitos cotidianos (sobre todo en los adolescentes quienes, por su conducta de permanente oposición, sus cambios hormonales y de estado de ánimo y, por último, por las constantes presiones sociales, académicas y laborales a que están sujetos, no aceptarán fácilmente la idea de que les conviene adoptar un patrón regular de sueño-vigilia). Así pues, no puede descartarse la importancia de la educación para la salud en general (a los padres, a los hijos) y, en particular, de los trastornos relacionados directa o indirectamente con la salud mental (la llamada *psicoeducación*¹⁵²), como es el caso de los trastornos en el dormir. Tampoco, como ya se vio, la de capacitar a los médicos generales y a los trabajadores de la salud en la prevención y diagnóstico de las enfermedades mentales (Cruz, octubre 11, 2001) y de los trastornos de sueño (Rosen, Rosekind, Rosevear, Cole y Dement, 1993). Probablemente se trata también de un ejemplo más del alejamiento entre el mundo del conocimiento técnico y científico especializado del conocimiento empírico de la población general, en donde deberá buscarse una colaboración más estrecha entre los investigadores, los educadores y los divulgadores (Valek, 2001).

¹⁵² Véase la ponencia del doctor Francisco de la Peña, citada en la nota 126.

Decimos que el sueño es una muerte... por la que quizá morimos literalmente a diario; en suma, al igual que la muerte, no me permito llegar a él sin hacer mis oraciones.

Thomas Browne, médico y escritor inglés (1605-1682):
Religio Medici [*Medicina y religión*] (1635/1643).

La pereza hace venir el sueño; y el alma negligente padecerá hambre.

La Biblia, Antiguo Testamento, Proverbios (19:15).

7. La necesidad de prevenir y la psicología del riesgo

Prácticamente cualquier ser humano acepta, en sus actividades cotidianas y respecto a la salud, la seguridad y otras cosas que valora, cierto nivel de riesgo (estimado subjetivamente) a cambio de los beneficios que espera obtener a cambio de esa actividad (Wilde, 1994).¹⁵³ Sin embargo, la subjetividad de ese cálculo implica no sólo errores sino consideraciones que, a pesar de la gran cantidad de información estadística con que se puede contar más o menos fácilmente en la actualidad, o quizá precisamente por eso, a veces rayan en lo absurdo. Cole (1998/1999) hace un resumen de tales "confusiones" (son, como se verá en cada caso, verdaderas contradicciones entre lo que dicen buscar los individuos y lo que verdaderamente desean) y, al respecto, ciertas consideraciones interesantes. A sus esclarecedores ejemplos¹⁵⁴ se agregan aquí algunos vinculados con el tema específico de este trabajo:

- a) La gente que habita las grandes ciudades vive altamente preocupada por los peligros que corre al realizar actividades que, estadísticamente hablando, son realmente menos riesgosas: muchísimas personas sienten más aprehensión por un viaje en avión y, en cambio, menos miedo de manejar un automóvil, a pesar de que hay más accidentes automovilísticos que aéreos;¹⁵⁵ hay personas adictas al tabaco que no piensan siquiera en el daño a su sistema respiratorio y que, al mismo tiempo, viven obsesionados con el aumento de peso; hay mujeres que se muestran temerosas de los efectos secundarios de los anticonceptivos y que no toman, en cambio, protección alguna en sus relaciones sexuales con personas desconocidas. A pesar de todo, es necesario asumir cierta cantidad de riesgo para ser productivo y vivir: la tasa de mortalidad es, a fin de cuentas, para todos de 100%.

¹⁵³ De aquí se derivan dos definiciones de *homeostasis*: "La regulación de variables por parte de un organismo para mantener un estado estable en su ambiente fisicoquímico interno" y "el mantenimiento de una constancia interna y una independencia del medio (<http://www.k12.wy.us/publications/standards/science/glossary.html>).

¹⁵⁴ Los autores citados en los incisos siguientes son referencias hechas por Cole.

¹⁵⁵ Por supuesto, incidentes como el del 11 de septiembre de 2001 en las torres gemelas del World Trade Center en Nueva York modifican radicalmente la perspectiva de la población respecto a la navegación aérea. Será conveniente esperar los resultados de una encuesta de opinión.

- b) Por el modo distorsionado en que suele funcionar la percepción, el ser humano reacciona más intensamente ante amenazas exóticas, personales, aisladas y espectaculares: mucho mayor es la cantidad de niños pequeños que mueren anualmente por accidentes (atragantamientos, quemaduras, caídas, ahogamientos) y, no obstante, los padres consideran la drogadicción y el secuestro amenazas mayores para sus hijos. El insomnio, la somnolencia y sus consecuencias a largo plazo no aparecen, salvo que vayan acompañados de un aparatoso accidente, en los noticieros amarillistas.
- c) El contexto, y no sólo los números, es importante al calcular un riesgo cualquiera.¹⁵⁶ Lo que la población considera arriesgado depende en cierto modo de las circunstancias de su existencia y de su estilo de vida. A muchos de quienes apenas cuentan con lo necesario para subsistir o a quienes viven cotidianamente la violencia familiar¹⁵⁷ o la violencia en los alrededores de su casa les preocupa mucho menos dar solución o entender su sensación de somnolencia diurna, por ejemplo, que conseguir lo necesario para comer.
- d) Los peligros inminentes generan mucho más miedo que los remotos: es mucho más difícil convencer a los adolescentes que a una persona mayor de los peligros de fumar o de las consecuencias a largo plazo de la somnolencia y el mal dormir.
- e) La gente tiende a exagerar enormemente el riesgo de cualquier peligro que percibe como fuera de su control (el hecho de que empresas químicas desconocidas incluyan aditivos en los alimentos) o incluso pagará para que tal peligro se reduzca (una tarifa adicional en los vuelos aéreos, a cambio de seguridad adicional), pero se descuenta de los riesgos que, según piensa, pueden controlarse más o menos fácilmente (los relacionados con fumar o con las desveladas o con el consumo voluntario de sal, azúcar y mantequilla, por ejemplo), y por éstos difícilmente pagaría (las medidas de seguridad en su propio automóvil).

¹⁵⁶ Cole cuenta la anécdota de que en una ocasión, a fines de diciembre, Charles Dickens se negó a viajar en tren durante lo que quedaba del año porque a esa fecha Gran Bretaña aún no había alcanzado la cifra anual promedio de accidentes ferroviarios y, por consiguiente, era evidente que muy pronto ocurrirían.

¹⁵⁷ La Ssa creó la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999 sobre la elaboración de criterios de atención médica, en la cual "se definió como nomenclatura correcta este término, y ya no *violencia intrafamiliar*", debido a que esta última limitaba la acción de la justicia: si el agresor demostraba que no vivía con las víctimas, se anulaban las denuncias, pues no correspondían a ese tipo de agresión (Gómez, 2001, septiembre 24).

- f) "La amenaza de una pérdida ejerce sobre una decisión un impacto mayor que la posibilidad de una ganancia equivalente." Esta conclusión de Kahneman y Tversky (1982), ya clásica, significa que los seres humanos se arriesgarán mucho para evitar una pérdida, pero muy poco para lograr una posible ganancia... aunque ésta resulte finalmente lo mismo que la primera (muchas personas entrarían a una casa en llamas para rescatar a un animal doméstico o se enfrentarían a un ladrón que quiere su dinero, pero quizás no sentirían el mismo apremio por ponerse el cinturón de seguridad en el coche, aunque finalmente la ganancia sea mucho mayor).
- g) Por el contrario, un riesgo asumido por hacer algo parece mucho más peligroso que el que se corre por no hacer nada, aunque éste pueda ser superior en realidad (no afecta tanto a la opinión pública la muerte de miles de niños por hambre como la de una persona por un disparo; es más probable que el gobierno vete un medicamento si éste representa un peligro para un sector de la población; el riesgo de no funcionar adecuadamente en el día por no tener los hábitos de sueño necesarios puede ser mayor que el que se corre al desobedecer voluntariamente las señales de tránsito).
- h) Los riesgos relacionados con eventos espectaculares o aparatosos parecen mucho mayores que los relacionados con otros menos dramáticos (como en el ejemplo del divulgador de las matemáticas John Allen Paulos: mientras va manejando, una persona puede dejar que su hijo brinque libremente en el asiento delantero; sin embargo, al llegar al centro comercial, lo toma de la mano con tanta fuerza que lo lastima, por miedo a que lo secuestren), pero pueden ser de la misma magnitud o incluso menores.
- i) Los riesgos habituales aumentan al mismo ritmo que la edad, pero suelen advertirse sólo hasta que ya es demasiado tarde (según el matemático Sam C. Saunders, "no es posible tomar precauciones contra lo que uno no advierte", y por ello tan a menudo se pasan por alto las graduales acumulaciones de riesgo por un determinado estilo de vida: los hábitos de fumar, los alimenticios y los del dormir).

- j) Los mecanismos psicológicos de autoprotección suelen generar conclusiones consecuentemente erróneas: muchas personas sobreestiman los riesgos de las desgracias de los demás mientras subestiman en gran medida la posibilidad de sufrirlas ellas mismas. Independientemente de los datos estadísticos, y quizás por el deseo de conservar la propia estima, a los seres humanos no les gusta sentirse vulnerables y prefieren pensar que tienen una ventaja mágica sobre sus congéneres. Según el psicólogo Neil Weinstein: "Si usted reconoce que corre un riesgo, está admitiendo que no es capaz de enfrentarse a la tensión. No es tan fuerte como quien tiene al lado." A pesar de que la consideración más o menos objetiva de la vulnerabilidad de cada persona ayudaría a evitar accidentes automovilísticos por consumo de alcohol o por descanso insuficiente, la mayor parte de los individuos considera que maneja mejor que la media, incluso en esas condiciones. Aquí conviene señalar que sería muy ilustrativo encontrar, en un estudio adicional al presente, una correlación alta y positiva entre los adolescentes que reconocieron tener dificultades diversas para dormir y respuestas afirmativas a preguntas relacionadas con su autoestima: "Siento que no valgo mucho" (P19), "Tengo poca esperanza de resolver mis problemas" (P20), "Me preocupo mucho cuando tengo que hablar frente a la gente o en una reunión" (P22), "A veces siento tanta angustia o miedo que quisiera salir corriendo" (P23) y "Me he sentido nervioso(a) o angustiado(a) durante...", por ejemplo.
- k) Asimismo, muchas personas creen que no les sucederá nada que aún no haya ocurrido. Aunque reconozcan que se quedan dormidos en el volante, los años que llevan de estar actuando de esa manera sin tener un accidente les dan autoridad para afirmar que éste no les ocurrirá nunca.
- l) Sentir empatía por alguien que tiene un nombre y un rostro resulta mucho más fácil que con un mero dato estadístico (más gente se esfuerza por rescatar a niños que quedan atrapados por accidente, y menos a los que terminan por morir de enfermedades previsibles).

- m) Siempre existe el peligro de que el cálculo del riesgo sea incorrecto. Independientemente de las consideraciones éticas de las profesiones relacionadas con la salud, un cálculo matemático más preciso del riesgo involucrado en un problema de salud puede conducir a realizar pequeñas inversiones en prevención que, a la larga, evitarán grandes gastos en curación y tratamiento. Por supuesto, mientras más compleja sea la situación evaluada en cuanto al número de factores involucrados, más difícil será la apreciación del nivel de riesgo correspondiente. Quizá es una característica evolutiva de la especie humana el hecho de que el cerebro no está dotado lo suficiente para los minuciosos cálculos requeridos en la vida moderna, cada vez más compleja.

Puede verse, después de todos estos ejemplos, que la evaluación del riesgo y la disposición a aceptarlo es un problema no sólo psíquico y subjetivo y una cuestión de valores sino, debido a lo arraigado que está el comportamiento en las situaciones contextuales y por su gran dependencia del hecho de vivir en condiciones económicas más o menos desahogadas o más o menos restringidas, sobre todo social (Feinholz y Ávila, 2001).

8. Aplicaciones más generales: el sueño de todo ser humano

¿Por qué dormir? ¿Para qué dormir? Son dos preguntas que seguirán planteándose y que generarán, siempre, más dudas que respuestas.¹⁵⁸ Muchos de los intentos por entender cuál es la función o funciones del sueño, si es que las tiene, se han servido de la privación total o parcial, por medios experimentales o naturales, del sueño de animales, de personas que se prestan voluntariamente a ser estudiadas o, precisamente, de personas que no pueden dormir. Los estudios sobre el insomnio resultan útiles, así, para conocer la conducta opuesta: el sueño, ese "estado saludable de inercia y carencia de respuestas que le es impuesto a la totalidad del individuo por mecanismos del sistema nervioso aún no explicados con precisión."¹⁵⁹

¹⁵⁸ Tanto la *Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana* (editada en 1927 por Espasa-Calpe, en Madrid) como la obra de divulgación de Luce y Segal (1966/1981) hacen un vasto recuento de las costumbres nocturnas de la humanidad en el transcurso de los milenios, una larga historia que ayuda a percibir lo que, en función de las circunstancias (modas, religiones, ideologías, filosofías variadas) hay de constante y de variable en la conducta del descanso.

¹⁵⁹ Modificación de la definición de *sueño* de Oswald (2001).

El interés por encontrar respuestas a estas preguntas ha cambiado acaso de ámbito, pero no de intensidad:

- a) A finales del siglo XIX, Henri Pieron observó que privar a cachorros de sueño durante 8-10 días les causa la muerte.
- b) Para Constantin Von Economo, la principal función del sueño es evitar la "intoxicación" del cerebro generada por las hipnotoxinas que postulaba Pieron.
- c) A partir de la idea de que la actividad neuronal disminuye o se interrumpe durante el sueño (Pavlov y Sherrington, por ejemplo, entre finales del siglo XIX y mediados del XX), muchos neurobiólogos afirmaron que el ser humano duerme para que sus neuronas descansen (teoría de la conservación de la energía cerebral). Otros, en cambio, encontraron que durante el sueño se activan tantas neuronas como las que se desconectan, y que casi todas las células cerebrales están espectacularmente activas en el sueño MOR (Jasper, Hubel y Evarts, por ejemplo, a mediados del siglo XX). Incluso hay neuronas (las relacionadas con la capacidad de prestar atención al mundo y de conocerlo) que reducen notablemente su actividad durante el sueño, a fin de mantenerse en estado óptimo para el día siguiente (el modelo de interacción recíproca de Hobson).
- d) En 1983, Allan Rechtschaffen y su equipo demostraron que las ratas de laboratorio mueren si no se les permite dormir 2-3 semanas, quizá por un descontrol generado en los centros cerebrales o en las neuronas que controlan los termostatos internos del organismo: el sueño puede servir, al menos en las ratas, para regularizar y estabilizar la energía y el ambiente interno del organismo.
- e) Algunos otros autores piensan que, desde un punto de vista estrictamente neurológico, el sueño MOR sirve para limpiar el cerebro, al eliminar los radicales libres y el monóxido de carbono. La reorganización de los contactos sinápticos entre las neuronas ocurre también durante esta fase del sueño, después de la cual se observa un incremento del 60% en el número de sinapsis libres, que quedan disponibles para establecer nuevas conexiones en la vigilia (Chambon, 2000), lo que podría explicar la observación de Rechtschaffen.¹⁶⁰

¹⁶⁰ No es el propósito del sueño paradójico la interacción con el medio: esta etapa participa activamente en los procesos plásticos del sistema nervioso (Corsi, 1984).

- f) En el ámbito de la bioquímica, Benington y Heller propusieron que el sueño permite el nuevo llenado de los almacenes cerebrales de glucógeno, cuyo vaciamiento durante la vigilia aumenta la liberación de adenosina, que actúa como neuromodulador para promover el inicio y mantenimiento del sueño y un aumento en el SOL, en el sueño no MOR (véase la revisión crítica de 1995 de Borbély y Salin-Pascual, en la página de la Federación Mundial de Sociedades de Investigación sobre el Sueño¹⁶¹; según Próspero, 1987, "es posible que el líquido cefalorraquídeo de los gatos contenga una sustancia parecida al polipéptido vasoactivo intestinal que participe en los mecanismos de disparo del sueño").
- g) Desde una perspectiva evolutiva, Kavanau postuló que el sueño surgió ante la enorme dificultad que significó para la adaptación de los organismos realizar simultáneamente dos procedimientos fundamentales: reforzar los circuitos cerebrales relacionados con recuerdos empleados con poca frecuencia y procesar, en ausencia de actividad voluntaria, la información sensorial, gran parte de índole visual.
- h) Inmunológicamente, Krueger concibió al sueño no MOR como un mecanismo de defensa semejante a la fiebre.

¹⁶¹ World Federation of Sleep Research Societies (WFSRS), en inglés.

- i) Con un punto de vista endocrinológico, Vgontzas y sus colaboradores (1999 y 2001) respaldaron la hipótesis del papel del SOL en la restitución de las funciones inmunes y plantearon la posibilidad de que se deba a una reducción en la secreción del cortisol y de la hormona liberadora del cortisol el que la privación del sueño alivie temporalmente la depresión.¹⁶² Además observaron que, mientras el sueño profundo inhibe el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA) e incrementa la actividad del eje de la hormona del crecimiento (HC), la privación total del sueño durante cuatro noches estimula el eje HPA y suprime el eje HC (todo lo cual concuerda con el hipocortisolismo observado en el hipersomnio idiopático y la relativa activación del eje HPA durante el insomnio crónico). Y, dado que se ha visto también que la activación del eje HPA conduce a un estado de excitación e insomnio en animales y humanos, es posible que el insomnio crónico esté asociado con un aumento en la secreción de ACTH y de cortisol y que haya, por consiguiente, un circuito de autorregulación sueño-eje HPA-sueño que, por retroalimentación, asegura no sólo la salud mental del individuo, sino el funcionamiento normal de su sistema neuroendocrino (Vgontzas y su equipo anotan que sus datos concuerdan con un trastorno del sistema nervioso central, más que con una pérdida de sueño, la cual no suele estar asociada con cambios en la secreción de cortisol ni con perturbaciones en los ritmos circadianos).
- j) Por último, se han recolectado algunos otros datos de índole laboral, escolar (la utilidad de la observación de la actividad delta del PSG durante la noche, con un gran número de artefactos y una notable disminución del SOL que podría interpretarse, en niños sin un déficit en el rendimiento escolar, como un proceso homeostático de restauración cerebral que compensaría el bajo gasto de energía diurno y que garantizaría el desempeño de las más altas funciones del sistema nervioso central, fundamentales para el aprendizaje durante la infancia) e incluso militar (las reformas en los horarios laborales de los médicos residentes de Nueva York a partir del 1 de julio de 1989 y la *cultura de la luz encendida* de los militares de Israel: si la luz del cuarto del comandante sigue encendida, ningún subordinado podrá irse a la cama) (Benetó et al., 1998; Borbély y Salin-Pascual, 1995; Hobson, 1988/1994; Kavanau, 1999; Lavie, 1996/1997; Vergara, Orrite, González, Remartínez y Pérez-Costero, 1997).

¹⁶² Esto quizá se debe, también, a que las neuronas producen serotonina en el transcurso del día, y no durante el sueño. De ahí la idea de tratar a las personas con insomnio, "depresivos en potencia", con antidepresivos de la familia de los inhibidores específicos de la recaptura de serotonina (Sari, 2000).

Considerados los datos aquí reseñados, ¿pueden explicarse las circunstancias familiares encontradas (las frecuentes discusiones entre los padres con amenazas de divorcio, el trato agresivo por parte de alguno de los progenitores hacia los hijos, incluso el consumo de sustancias adictivas en los padres) como una consecuencia o como una causa de las dificultades para dormir exploradas en los adolescentes? Es más probable, como ya se afirmó en su momento, que las circunstancias familiares sean un factor de predisposición a la generación de dificultades en el dormir. De cualquier manera, también es muy posible que entre tales circunstancias familiares y las dificultades para dormir se instale un círculo vicioso.

Yo no duermo. Odio esas pequeñas rebanadas de muerte.

Walter Reisch, guionista austriaco (1903-1963), Charles Brackett, escenógrafo estadounidense (1892-1969) y Henry Levin, director: película *Journey to the Center of the Earth* [Viaje al centro de la Tierra] (1959), al explicarle el Conde de Sakkusen al profesor Oliver Lindenbrook por qué no descansa.

Dulcemente duerme el trabajador, ora sea poco, ora sea mucho lo que ha comido pero está el rico tan repleto de manjares que no puede dormir.

La Biblia, Antiguo Testamento, Eclesiastés (5:11).



Hypnos ("el conquistador de los dioses", según la *Argonáutica* de Apolonio Rodio, c. 290-250 a.C.) y Morfeo. Imagen tomada del *Forum Romanum* (<http://www.geocities.com/Athens/Forum/6946/images/mythological.html>).

9. Algunos puntos de controversia

En referencia específica a factores de riesgo como los aquí encontrados, Klink y sus colaboradores (1992) habían encontrado que **la obesidad y los ronquidos son factores de riesgo significativos para el insomnio**. Pero aclaran: la obesidad y los ronquidos son, en realidad, factores de riesgo ya demostrados para la apnea de sueño. El insomnio es una queja secundaria en pacientes con obesidad y ronquidos; su queja principal es de **somnolencia diurna excesiva**, a menudo con ataques de sueño, dificultades nocturnas para respirar o interrupción nocturna de la respiración. Los problemas secundarios de perturbación del sueño incluyen, por lo general, un gran número de despertares por la noche (dificultades para mantener el sueño), pero pocos problemas para conciliar el sueño (en concreto, para iniciarlo). La obesidad y la apnea de sueño no son factores que expliquen los problemas de pacientes con insomnio primario. Si un paciente tiene una queja primaria de insomnio y no es obeso y/o hipertenso, es muy poco probable que haya un trastorno de apnea de sueño, y sólo está indicado un breve antecedente de apnea de sueño. De cualquier manera, resulta indispensable aplicar el registro PSG a adultos de edad avanzada con insomnio, pues éstos presentan un riesgo mayor de padecer apnea de sueño no diagnosticada (Lichstein, Riedel, Lester y Aguillard, 1999).

Quizá la principal limitación del trabajo de Klink y sus colaboradores es el hecho de que no interrogaron a los pacientes en cuanto a **su condición psicológica o psiquiátrica o a sus patrones de higiene de sueño y su estilo de vida**; por ejemplo, **los horarios de sueño y de actividad, de consumo de café y de alcohol** (Kales y Vgontzas, 1992). Es precisamente ésa, quizá, una de las mayores ventajas de la presente investigación: aunque otros autores ya han evaluado estos factores, el instrumento aquí utilizado incluye gran cantidad de preguntas con respecto al estado de ánimo, la angustia, el miedo y otras condiciones psicológicas o mentales de los sujetos que las contestaron, además de aquéllas otras que exploran los hábitos cotidianos de los individuos y su higiene del sueño.

Por otra parte, hay estudios que señalan que el insomnio crónico (concretamente, la dificultad para conciliar el sueño y los múltiples despertares durante la noche), debido a hábitos de sueño desordenados y que se presenta al menos en 30% de los niños de 6 meses a 5 años de edad, se debe a una desincronización en el ritmo circadiano, generada a su vez por una irregularidad del ritmo endógeno sueño-vigilia (Estivill Sancho, 2002). Si el presente estudio no pudo encontrar, entre las variables significativas, ninguna que tuviera que ver con un trastorno en el ritmo circadiano, fue porque ninguna de las preguntas de ambas secciones del inventario S.E.Vi.C. expresa directamente una situación relacionada con este tipo de trastorno: es posible, entonces, que haya alguna irregularidad en el reloj biológico de varios de los adolescentes que dijeron dormir poco, para identificar la cual habría sido necesario explorar el sueño de los adolescentes individualmente y a través de un PSG.

10. Contribuciones: algunas sugerencias

En un futuro no distante podría contarse, en México, con un **sistema integral de detección de factores de riesgo** relacionados con el desarrollo de problemas diversos de salud mental (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1991). Hasta la fecha se cuenta, en lo que respecta a ejemplos mexicanos, con estudios sobre **la relación con el padre como factor de riesgo psicológico** (Galicia, Lazcano y Ortiz, 1992; Sánchez-Sosa y Hernández-Guzmán, 1992); sobre la **relación entre la participación del padre en la crianza infantil y la satisfacción marital** (Parceroy y Rock, 1992); acerca de la **predicción de los episodios agudos de angustia severa en adolescentes** (Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1996; Sánchez-Sosa et al., 1992), sobre los **factores de riesgo que explican la etiología del abuso sexual hacia el menor** (Valenzuela, 1994) e incluso sobre los problemas de salud mental de la población inmigrante (Santos et al., 1995), entre otros.

Deberá ahondarse en la vida familiar y la infancia de individuos como los aquí estudiados, con el propósito de contar con más datos acerca de factores específicos que posiblemente hayan dado origen en ellos, a **algún trastorno de sueño** (la somnolencia, el insomnio, las pesadillas, los terrores nocturnos, etcétera). Los estudios epidemiológicos dentro de esta área ven confirmada su importancia en el riesgo en que se encuentran, por ejemplo, las personas con insomnio crónico de llegar a desarrollar una patología psiquiátrica (véase Ford y Kamerow, 1989).

Como sugerencia para otras investigaciones es recomendable, si no aplicar los registros electroencefalográficos en los siguientes trabajos dentro de esta misma línea, por lo menos estar al tanto de las aplicaciones de dichos registros en estudios propios del área de las neurociencias que utilicen también sujetos adolescentes. Ello con objeto de ir cotejando, en la medida de lo posible (considérese el costo de los estudios PSG, las dificultades de su uso en una investigación con pacientes de consulta externa, el tamaño de la población y que, como se sabe, los registros realizados por observadores son igualmente buenos o malos que los auto-registros para predecir las mediciones electroencefalográficas de la perturbación de sueño; véase Feinberg, Carroll, Greden y Zis, 1982; también, Wheatley, 1986), lo que aquí se ha encontrado con los datos provenientes de un laboratorio de sueño. No debe olvidarse que la ASDA opina que la PSG no es necesaria para efectuar evaluaciones rutinarias de insomnio transitorio o crónico, sino sólo "para posibles problemas respiratorios, cuando la causa del insomnio se desconoce, o cuando la terapia conductual o farmacológica no tiene éxito" (ASDA, 1995).

11. Aclaraciones pertinentes

Es necesario subrayar el hecho de que, si bien este estudio centró su interés en sujetos adolescentes, no se profundizó aquí en los aspectos teóricos relacionados específicamente con ese grupo de edad, al menos no tanto como habría sido necesario para explicar más detalladamente las características del dormir de los individuos que contestaron el inventario. Resulta conveniente revisar las consideraciones psicosociales que al respecto presenta Manber (1993), según las cuales es menos probable que la reducción significativa que caracteriza el dormir de los adolescentes, de unas 10 horas en la pubertad hasta unas 7 horas al final de la adolescencia (cerca de los 10 años de edad, entre las 9 y las 10 de la noche y, cerca de los 18, entre la 1 y media y las 2 y media) se deba a una disminución real en la necesidad de sueño (pues tal necesidad es, durante la pubertad, al menos tan alta como lo fue antes de esta etapa) y, en cambio, es posible que se deba a las mayores demandas sociales/familiares que existen sobre el sueño del adolescente (una mayor vida social, una mayor cantidad de trabajo escolar y, cada vez más frecuentemente, también una mayor cantidad de trabajo remunerado económicamente).

También debe llevarse a cabo un análisis estadístico de otros de los reactivos de la sección del inventario relacionada con problemas de salud; específicamente, algunos de los referentes a otras dificultades en el dormir o a problemas en la memoria, y otros que hacen referencia a la duración de estados de ánimo, de problemas con la pareja, con la familia o sexuales, de enfermedades físicas o de agresividad.

Por otra parte, ¿a qué puede deberse la diferencia entre la lista de las variables significativas obtenidas con el análisis estadístico de chi cuadrada y la de las encontradas a través del análisis de la correlación de Pearson? Es ésta una pregunta cuya respuesta queda pendiente, al final de este trabajo.

Únicamente resta insistir en lo que ya han mencionado otros (Schwartz y Baer, 1991): el hecho de que los profesionales de la salud deben suministrar a aquellos que soliciten sus servicios y que hagan uso de ellos mayor información respecto a los programas de tratamiento que les ofrecen, a sus ventajas y desventajas, y a la existencia de programas alternativos.

Sólo recabando la mayor cantidad posible de información (los antecedentes presentados) y tratando de tomar en consideración el mayor número posible de elementos no sólo de control metodológico, sino principalmente de las características de interacción familiar del individuo, podrá efectuarse un análisis sistemático de las variables o factores posiblemente relacionados con el inicio de un trastorno de sueño o con el surgimiento de un trastorno crónico. Únicamente de esa manera será posible revelar la verdadera naturaleza del insomnio crónico, por ejemplo, y se congelarán los intentos (fundamentalmente en profesionales de la salud con formación médica, lo que resulta verdaderamente lamentable) por administrar un tratamiento farmacológico que con gran frecuencia resulta innecesario y, peor aún, dañino (Everitt et al., 1990).

Copiar de un solo libro es plagio. Copiar de varios es investigación.

Catón, en su columna *De política y cosas peores*, artículo "Carpizo y el silencio", periódico *Reforma*, lunes 31 de octubre de 1994, Año 1, Número 333, p. 13A.

Odio las citas. Dime lo que sabes.

Ralph Waldo Emerson, ministro unitario, escritor y orador estadounidense (1803-1882).



BIBLIOGRAFÍA

Abbagnano, N. (1986). *Diccionario de filosofía* (Alfredo N. Galletti, trad., 2a. ed.). México: Fondo de Cultura Económica. (Original publicado en 1961.)

Aboites, H. (2001, mayo 14). Estrés e investigación: ¿Vale la pena arriesgar la salud por la productividad científica? *La Jornada*, suplemento Lunes en la ciencia, p. 11.

Adam, K., Tomeny, M. y Oswald, I. (1986). Physiological and psychological differences between good and poor sleepers. *Journal of Psychiatric Research*, 20(4), 301-316.

Agargun, M. Y. y Kara, H. (1998). Recurrent sleep panic, insomnia, and suicidal behavior in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(3), May, 149-151.

Agargun, M. Y., Kara, H. y Solmaz, M. (1997). Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(6), Jun, 249-251.

Albani, F., Cristini, C. A., Roccatagliata, U., Tammaro, A. E. y Aveni Casucci, M. A. (1995, agosto-septiembre). Lifelong changing of sleep disturbances in the elderly living at home or community resident [Resumen]. En J. v. Londen (Presidente), *Third European Congress of Gerontology*. Simposio de Ciencias Sociales y Conductuales, Amsterdam. [<http://www.nig.nl/congres/3rdeuropeancongress1995/abstract076-0413.html>]. 26 de junio de 1998.

Alboukrek, A. y Fuentes, S. G. (2000). *Diccionario de sinónimos antónimos e ideas afines*. México: Larousse.

Aldrich, M. S. (1999). *Sleep Medicine*. Contemporary Neurology Series, No. 53. New York: Oxford University Press.

Alonso, A. (2001, abril). Sonámbulos: Noche de ronda. *Muy interesante*, año XVIII, no. 6, pp. 66-72.

Alonso, M. (1988). *Enciclopedia del idioma*. México: Aguilar.

Aluja, F. A. y Farre, M. J. M. (1986). Efecto placebo en el tratamiento conductual del insomnio: Un enfoque desde las diferencias individuales. *Psiquis*, 7(3), 20-28.

Amar, P. B. (1978). Role of the therapist in biofeedback training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 30:179-186.

American Psychiatric Association. (1984). *DSM-III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (P. Pichot, M. Valdés Miyar, C. Udina Abelló, J. Masana Ronquillo y T. de Flores i Formenti, trads.). Barcelona: Masson. (Original publicado en 1980.)

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.). Washington, DC: Autor.

American Sleep Disorders Association. (1990). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*. Diagnostic Classification Steering Committee. Thorpy, M. J., Chairman. Rochester, MN: ASDA.

American Sleep Disorders Association. (1995). Practice parameters for the use of polysomnography in the evaluation of insomnia. Standards of Practice Committee of the American Sleep Disorders Association. *Sleep*, 18(1), 55-57.

American Sleep Disorders Association. (2000). *Parasomnias* [<http://www.sleepscene.com/parasom.htm>]. 5 de diciembre de 2000.

Ancoli-Israel, S. y Roth, T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep*, 22(2, Supl.), May, 347-353.

Aranda, J. (2001, junio 18). Militares mexicanos se adiestran con los *kaibiles*: Cuestionado cuerpo de elite guatemalteco. *La Jornada*, sección Política, pp. 12-13.

Archbold, K. H., Pituch, K. J., Panahi, P. y Chervin, R. D. (2002). Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. *The Journal of Pediatrics*, 140(1), Ene, 97-102.

Armitage, R. (1995). The distribution of EEG frequencies in REM and NREM sleep stages in healthy young adults. *Sleep*, 18(5), 334-341.

- Association of Sleep Disorders Centers. Association for the Psychophysiological Study of Sleep. (1979). *Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders*. *Sleep*, 2(1), 1-154.
- Attarian, H. P. (2000). Helping patients who say they cannot sleep: Practical ways to evaluate and treat insomnia. *Postgraduate Medicine*, 107(3), 127-142. [http://www.postgradmed.com/issues/2000/03_00/attarian.htm]. 10 de febrero de 2001.
- Avidan, A. Y. (2002). Sleep changes and disorders in the elderly patient. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 2(2), Mar, 178-185.
- Baer, D. M. (1990). Exploring the controlling conditions of importance. *The Behavior Analyst*, 13(2), Otoño, 183-186.
- Baer, D. M. y Schwartz, I. S. (1991). If reliance on epidemiology were to become epidemic, we would need to assess its social validity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), Verano, 231-234.
- Bardwell, W. A., Ziegler, M. G., Ancoli-Israel, S., Berry, C. C., Nelesen, R. A., Durning, A. y Dimsdale, J. E. (2000). Does caffeine confound relationships among adrenergic tone, blood pressure and sleep apnoea? *Journal of Sleep Research*, 9(3), 269-272.
- Basterra Gabarró, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care España*, 1:97-106. [<http://www.pharmaceutical-care.es/esp/1999/n2/pdf/p003.pdf>] 23 de mayo de 2002.
- Bazargan, M. (1996). Self-reported sleep disturbance among African-American elderly: The effects of depression, health status, exercise, and social support. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(2), 143-160.
- Bell, J. S. (1979). The use of EEG-theta biofeedback in the treatment of a patient with sleep-onset insomnia. *Biofeedback & Self-Regulation*, 4(3), 229-236.
- Bello, A. y Cuervo, R. J. (1921). *Gramática de la lengua castellana destinada al uso de los americanos*. París: Roger y Chernoviz.
- Benetó, A., Gómez, E., Rubio, P., Planelles, D., Puig, N. y Morell, M. (1998, septiembre). HLA en otros trastornos del sueño diferentes de la narcolepsia: Neuroinmunología del sueño. *Vigilia-sueño* [Revista en línea], 10(1, Supl.). [<http://www.vigilia-sueno.org/esp/ed-ant/10-1-sup/artic4.htm>]. 2 de diciembre de 2000.
- Berkowitz, A. D. y Perkins, H. W. (1985). Correlates of psychosomatic stress symptoms among farm women: A research note on farm and family functioning. *Journal of Human Stress*, 11(2), Verano, 76-81.

- Beydon, L., Rauss, A., Lofaso, F., Liu, N., Cherqui, D., Goldenberg, F. y Bonnet, F. (1994). Survey of the quality of sleep during the perioperative period: Study of factors predisposing to insomnia. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 13(5), 669-674.
- Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D. y Healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *American Journal of Psychiatry*, 136(10), 1257-1262.
- Blackwell, B. (1972). The drug defaulter. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 13:841-848.
- Blackwell, B. (1976). Treatment adherence. *British Journal of Psychiatry*, 129:513-531.
- Blanc, M. (1988). *La Recherche en Neurobiologie* (2a. ed.). Colección Points, Serie Sciences, no. 57. Paris: Société d'Éditions Scientifiques/Éditions du Seuil/La Recherche.
- Blanquer, J. J., Ortola, P., Rodríguez, J. J., Marín, N. y Mulet, M. J. (1994). Análisis epidemiológico del insomnio en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*, 14(2), Jun 30, 609-614.
- Blánquez, F. A. (1946). *Diccionario latino-español*. Barcelona: Ramón Sopena.
- Bohon, L. M., Santos, S. J., Sánchez-Sosa, J. J. y Singer, R. D. (1994). The effects of a mental health video on the social skills knowledge and attitudes of Mexican immigrants. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(20), Oct, 1794-1805.
- Boice, R. y Myers, P. E. (1987). Which setting is healthier and happier, Academe or private practice? *Professional Psychology. Research and Practice*, 18(5), Oct, 526-529.
- Bonnet, M. H. y Arand, D. L. (1995a). 24-hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep*, 18(7), 581-588.
- Bonnet, M. H. y Arand, D. L. (1995b). Consolidated and distributed nap schedules and performance. *Journal of Sleep Research*, 4(2), 71-77.
- Bonnet, M. H. y Arand, D. L. (1995c). We are chronically sleep deprived. *Sleep*, 18(10), Dic, 908-911.
- Bonnet, M. H. y Arand, D. L. (1999). Diagnosis and treatment of insomnia. *Respiratory Care Clinics of North America*, 5(3), Sep, 333-348, vii.

Bonnet, M. H. y Arand, D. L. (2001). Arousal components which differentiate the MWT from the MSLT. *Sleep*, 24(4), Jun, 441-447.

Borbély, A. A. (1993). *El secreto del sueño: Nuevos caminos y conocimientos* (J. Almela, trad.). México: Siglo XXI. (Original publicado en 1984.)

Borbély, A. A. y Salin-Pascual, R. J. (Eds.). (1995). [Revisión del artículo publicado por J. H. Benington y H. C. Heller en *Progress in Neurobiology*, 45:347-360]. Publicada en *Newsletter*, 4(2), World Federation of Sleep Research Societies [http://www.wfsrs.org/newsletters/Newsletter4_2/Sleep_Reviews/borbel~1.htm]. 23 de noviembre de 2000.

Borkovec, F. D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50:880-895.

Bourdet, C. y Goldenberg, F. (1994). Insomnia in anxiety: Sleep EEG changes. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1, Supl.), 93-104.

Brassington, G. S., King, A. C. y Bliwise, D. L. (2000). Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(10), Oct, 1234-1240.

Breckwoldt, C. K., Keck, C. y Karck, U. (1995). Benefits and risk of hormone replacement therapy (HRT). *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 53(1-6), 205-208.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Kupfer, D. J., Thorpy, M. J., Bixler, E., Manfredi, R., Kales, A., Vgontzas, A., Stepanski, E., Roth, T., Hauri, P. J. y Mesiano, D. (1994). Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: A report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep*, 17(7), 630-637.

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.

Camacho, M. G. (2001, julio). Climaterio femenino... y masculino. *La Jornada*, suplemento Investigación y desarrollo, 100:5.

Carlson, C. R. y Córdova, M. J. (1999). Sleep disorders in childhood and adolescence. En S. D. Netherton, D. Holmes y C. E. Walker (Eds.), *Child and Adolescent Psychology Disorders: A Comprehensive Textbook*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Carskadon, M. A., Acebo, C. y Seifer, R. (1998, junio). Adolescent sleep on long nights with and without prior sleep deprivation [Resumen]. Candidato para la *1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies*, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Castaño, M. V., Valencia, F. M., Campos, M. R., Reséndiz, G. M., Vergara, A. P. y Aguilar, R. R. (1995). Hábitos de sueño y reporte subjetivo de somnolencia diurna en estudiantes universitarios. Sesión temática cartel J-4 presentada en el VII Congreso Mexicano de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología.

Chambon, P. (2000, septiembre). Ces neurones qui nous font dormir. *Science & Vie: L'Accélérateur du Savoir*, no. 996, pp. 46-51.

Charney, D. S., Heninger, G. R. y Kleber, H. D. (1986). The combined use of clonidine and naltrexone as a rapid, safe, and effective treatment of abrupt withdrawal from methadone. *American Journal of Psychiatry*, 143(7), 831-837.

Cheshire, K., Engleman, H., Deary, I. J., Shapiro, C. y Douglas, 1992. Factors impairing daytime performance in patients with the sleep apnoea/hypopnoea syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 152, 538-541.

Chiesa, J. J. y Golombek, D. A. (1999). Fisiología de la desincronización por vuelos transmeridianos de larga duración. *Actas de Fisiología*, 5:21-38. En: <http://www.rau.edu.uy/universidad/medicina/actas5/jetlag/jetlag.htm>.

Ching, P. R., Madrid, G. y Hicks, R. A. (1998, junio 18-23). The effect of different levels of exposure to smoke on sleep duration and insomnia [Resumen]. Candidato para la *1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies*, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Chowdhury, A. N. (2000). Torture and mental health. *Journal of the Indian Medical Association*, 98(6), Jun, 320-326.

Cole, K. C. (1999). *El universo y la taza de té* (G. Solana, trad.). Barcelona: Grupo Zeta. (Original publicado en 1998.)

Consensus Conference. (1984). Drugs and insomnia: The use of medications to promote sleep. *Journal of the American Medical Association*, 251(18), May, 2410-2414.

Contreras, A. (2001, julio 5). Juventud, divino mercado: Uso recreativo de drogas. *La Jornada*, suplemento *Letra S, salud, sexualidad, sida*, no. 60, p. 4.

Coren, S. (1988). Prediction of insomnia from arousability predisposition scores: Scale development and cross-validation. Special Issue: A selection of papers to mark The Third World Congress on Behaviour Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 26(5), 415-420.

Corominas, J. (1976). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos.

Corripio, F. (1988). *Diccionario práctico de dudas e incorrecciones del idioma*. México: Larousse.

Corsi, C. M. (1984). Efecto de una experiencia visual invertida sobre el contenido onírico del sueño paradójico. Tesis de maestría en psicobiología. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Corsi, C. M., Aguilar, R. R., Salin, P. R., Baker, H. y Valencia, F. M. (1995). El sueño y la conducta. Simposio presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología.

Coursey, R. D., Frankel, B. L., Gaarder, K. R. y Mott, D. E. (1980). A comparison of relaxation techniques with electrosleep therapy for chronic, sleep-onset insomnia: A sleep-EEG study. *Biofeedback & Self-Regulation*, 5(1), 57-73.

Cruz, A. (2001, septiembre 20). Se deprimen más las mujeres: Estadísticas sobre mexicanas. *Reforma*, sección Ciencia, p. 3c.

Cruz, A. (2001, octubre 11). Males mentales están vinculados con la mitad de muertes: especialista. *La Jornada*, sección Política, p. 30.

Crúz, J. (1999, noviembre 11). Sueño adolescente vs. sentido común. *Reforma*, sección Ciencia, p. 2c.

Czeisler, A. y Richardson, G. S. (1988). Trastornos de sueño y de los ritmos circadianos. En A. S. Fauci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, J. B. Martin, D. L. Kasper, S. L. Hauser y D. L. Longo (Eds.), *Harrison. Principios de medicina interna* (Dr. José L. Agud Aparicio y otros, trads., 14a. ed., 2 vols.). Madrid: McGraw-Hill. (Original publicado en 1988.)

Dahl, R. E. (1992). Child and adolescent sleep disorders. En D. M. Kaufman, G. E. Solomon y C. R. Pfeffer (Eds.), *Child and Adolescent Neurology for Psychiatrists*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Davidoff, L. L. (1989). *Introducción a la psicología* (J. A. Pérez Jaimes, trad.). México: McGraw-Hill. (Original publicado en 1987.)

Dawes, R. M., Faust, D. y Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243, Mar, 1668-1674.

Dehlin, O., Jensen, E., Hagberg, B., Samuelsson, G., y Svensson, T. (1995, agosto 30-septiembre 2). Insomnia in an 80-year-old population: Medical, psychological and social aspects [Resumen]. En J. v. Londen (Presidente), *Third European Congress of Gerontology*. Simposio de Ciencias Sociales y Conductuales, Amsterdam. [<http://www.nig.nl/congres/3rdeuropeancongress1995/abstract031-1055.html>]. 26 de junio de 1998.

De Mello, M. T., Oliveira, P. C. S., Santana, M. G., Souza, L. M., Stampi, C. y Tufik, S. (1998, junio 18-23). Epidemiology of sleep complaints among bus drivers [Resumen]. Candidato para la 1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Diccionario bilingüe Stedman inglés-español español-inglés de ciencias médicas (1999). (J. Negrete, I. Lorenzo y K. Mikkelsen, trads.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Diccionario esencial de la lengua española (1994). Barcelona: Larousse.

Diccionario terminológico de ciencias médicas (11a. ed.). (1976). Barcelona: Salvat.

Dickstein, L. (1982). Women university students: Effects of inequality. *Women and Therapy*, 1(1), Primavera, 83-88.

Diefenbach, G. J., Waters, W. F. y Hurry, M. (1998, junio). An anxiety paradox: The confound of psychophysiological insomnia [Resumen]. Candidato para la 1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Dilsaver, S. C. (1988). Antimuscarinic agents as substances of abuse: A review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8(1), 14-22.

Dilsaver, S. C. y Coffman, J. A. (1988). Antipsychotic withdrawal phenomena in the medical-surgical setting. *General Hospital Psychiatry*, 10(6), 438-446.

Dodge, R., Cline, M. G. y Quan, S. F. (1995). The natural history of insomnia and its relationship to respiratory symptoms. *Archives of Internal Medicine*, 155(16), 1797-1800.

Domínguez, B. (1985). Contribuciones de la investigación en psicología a la adherencia terapéutica. En F. G. Puentes-Silva (Ed.), *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México* (pp. 71-85). México: Lepetit.

Donnell, C. D. y McNally, R. J. (1989). Anxiety sensitivity and history of panic as predictors of response to hyperventilation. *Behaviour Research and Therapy*, 27(4), 325-332.

Donnell, C. D. y McNally, R. J. (1990). Anxiety sensitivity and panic attacks in a nonclinical population. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 83-85.

Dorland, W. A. N. (1986). *Diccionario médico ilustrado* (S. Sapiña Renard y Depto. Ed. Interam., trads., 8a. ed., Vol. 3). México: Nueva Editorial Interamericana. (Original publicado en 1974.)

Dörr-Zegers, O. (2000). Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante. *Alcmeón. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* [Revista en línea], 9(3), Nov, 250-259. 1 de septiembre de 2001.

Durán, T. (2001, julio). Y qué es la menopausia. *La Jornada*, suplemento Investigación y desarrollo, 100:5.

Ebbin, A. J. y Blankenship, E. S. (1986). A longitudinal health care study: International versus domestic students. *Journal of American College Health*, 34(4), Feb, 177-182.

Elshaug, A., Reid, K. y Dawson, D. (1998). The circadian effects of irregular shiftwork. *Sleep*, 21(3, Supl.), 221.

Engel, S. (2000, octubre 31). Insomnio: Fact, fiction and how to get the sleep you need [<http://news.excite.com/news/uw/001031/health-52>]. 6 de noviembre de 2000.

Englert, S. y Linden, M. (1998). Differences in self-reported sleep complaints in elderly persons living in the community who do or do not take sleep medication. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(3), 137-144.

Erman, M. K. (1987). Insomnia. *Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 525-539.

Escobar, F. (1999). *Trastornos del sueño: Insomnio* [<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/4064/index.html>]. 8 de diciembre de 2000.

Estivill Sancho, E. (2002). [Getting the child to sleep: Critical review of 12-years experience] [Resumen]. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(1), Ene, 35-39. En *MedLine* [www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi]. 27 de mayo de 2002.

Everitt, D. E., Avorn, J. y Baker, M. W. (1990). Clinical decision-making in the evaluation and treatment of insomnia. *The American Journal of Medicine*, 89, Sep, 357-362.

Falcón Martínez, C., Fernández-Galiano, E. y López Melero, R. (1989). *Diccionario de la mitología clásica* (2 t.). México: Alianza Editorial Mexicana.

Feinberg, M., Carroll, B. J., Greden, J. F. y Zis, A. P. (1982). Sleep EEG, depression rating scales, and diagnosis. *Biological Psychiatry*, 17(12), 1453-1458.

Feinholz, K. D. y Ávila, R. H. (mayo-junio 2001). Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. *El Cotidiano: Revista de la realidad mexicana actual*, 107:13-18. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco.

Fernández-Guardiola, A. (1998a). Dormir y soñar. En R. de la Fuente y F. J. Álvarez Leefmans (Eds.), *Biología de la mente* (pp. 288-306). México: El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica.

Fernández-Guardiola, A. (1998b). El concepto del tiempo. En R. de la Fuente y F. J. Álvarez Leefmans (Eds.), *Biología de la mente* (pp. 307-329). México: El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica.

Ferber, R. (1990). Sleep schedule-dependent causes of insomnia and sleepiness in middle childhood and adolescence. *Pediatrician*, 17:13-20.

Ferrán, A. M. (1996). *SPSS para Windows: Programación y análisis estadístico*. México: McGraw Hill.

Fichten, C. S., Creti, L., Amsel, R., Brender, W., Weinstein, N. y Libman, E. (1995). Poor sleepers who do not complain of insomnia: Myths and realities about psychological and lifestyle characteristics of older good and poor sleepers. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(2), Abr, 189-223.

Floyd, J. A. (1999). Sleep promotion in adults. *Annual Review of Nursing Research*, 17:27-56.

Floyd, J. A., Janisse, J. J., Marshall Medler, S. y Ager, J. W. (2000). Nonlinear components of age-related change in sleep initiation. *Nursing Research*, 49(5), Sep-Oct, 290-294.

Foley, D. J., Monjan, A., Izmirlan, G., Hays, J. C. y Blazer, D. G. (1999). Incidence and remission of insomnia among elderly adults in a biracial cohort. *Sleep*, 22(2, Supl.), May, 373-378.

Foley, D. J., Monjan, A., Simonsick, E. M., Wallace, R. B. y Blazer, D. G. (1999). Incidence and remission of insomnia among elderly adults: An epidemiologic study of 6,800 persons over three years. *Sleep*, 22(2, Supl.), May, 366-372.

Ford, D. E. y Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association*, 262(11), 1479-1484.

Frankel, B., Buchbinder, R., Coursey, R. y Snyder, F. (1973). Sleep patterns and psychological test characteristics of chronic primary insomniacs. *Sleep Research*, 2:149.

Frazier, S. H., Campbell, R. J., Marshall, M. H. y Werner, A. (1976). *Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica* (Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas, trad.). Subcomité de Información Pública. Asociación Psiquiátrica Norteamericana. México: Trillas. (Original publicado en 1975.)

Freedman, R. R. (1986). EEG power spectra in sleep-onset insomnia. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 63(5), 408-413.

Freedman, R. R. y Sattler, H. L. (1982). Physiological and psychological factors in sleep-onset insomnia. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(5), 380-389.

Galicia, G. O. L., Lazcano, B. C. y Ortiz, G. M. E. (1992). La relación del padre con el hijo menor de cinco años en parejas de nivel socioeconómico medio residentes del Distrito Federal. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gámez, T. (Ed.). (1978). *Simon and Schuster's International English-Spanish Spanish-English Dictionary*. New York: Simon and Schuster.

Geertzen, J. H., de Bruijn-Kofman, A. T., de Bruijn, H. P., van de Wiel, H. B. y Dijkstra, P. U. (1998). Stressful life events and psychological dysfunction in Complex Regional Pain Syndrome type I. *Clinical Journal of Pain*, 14(2), Jun, 143-147.

Gentili, A. y Edinger, J. D. (1999). Sleep disorders in older people. *Aging (Milano)*, 11(3), Jun, 137-141.

Giesecke, M. E. (1987). The symptom of insomnia in university students. *Journal of American College Health*, 35(5), Mar, 215-221.

Gillin, J. C., Duncan, W., Pettigrew, K. D., Frankel, B. L. y Snyder, F. (1979). Successful separation of depressed, normal, and insomniac subjects by EEG sleep data. *Archives of General Psychiatry*, 36(1), Ene, 85-90.

Gillin, J. C., Spinweber, C. L. y Johnson, L. C. (1989). Rebound insomnia: A critical review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9(3), 161-172.

Gislason, T. y Almqvist, M. (1987). Somatic diseases and sleep complaints: An epidemiological study of 3,201 Swedish men. *Acta Medica Scandinavica*, 221(5), 475-481.

Goldberg, J. R. (s.f./2001). The pharmacological management of insomnia. *Sleep Medicine Review* [Revista en línea], 3(6). National Sleep Foundation [<http://www.sleepfoundation.org/publications/sleepmedrev3.6.html>] 2 de julio de 2001.

Gómez, M. C. (2001, julio 9). Los accidentes son la cuarta causa de muerte en el país: Callejeros, en primer lugar. *La Jornada*, sección Sociedad y justicia, p. 42.

Gómez, M. C. (2001, agosto 27). Estudiará el DIF la idea de incluir café en desayunos. *La Jornada*, sección Sociedad y justicia, p. 49.

Gómez, M. C. (2001, septiembre 20). Modificar la LFT en favor de las mujeres, plantea Ana Teresa Aranda: Terminó el modelo de familia con un solo proveedor. *La Jornada*, sección Política, p. 37.

Gómez, M. C. (2001, septiembre 24). Violencia familiar, causa de 50% de partos prematuros: Contra mujeres, ocho de cada 10 casos de agresión en adultos, según estudio del BM: En México se le tipifica como delito debido a que dejó de ser un problema privado: Ssa. *La Jornada*, sección Política, p. 33.

Gómez, M. C. (2001, septiembre 25). Sancionarán a médicos que no denuncien casos de víctimas de violencia familiar: Victoria Vilorio: Instaurarán programa piloto que ha sido practicado en países latinoamericanos: Asegura que, si hay dinero, la Ssa lanzará una campaña masiva para prevenir el fenómeno. *La Jornada*, sección Política, p. 34.

Gómez, M. C. (2001, octubre 11). Uno o más miembros de 66% de hogares urbanos reciben algún tipo de violencia, casi siempre paterna: Resultados de la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar correspondiente a 1999. *La Jornada*, sección Política, p. 32.

Gómez, M. C., Castillo, G. G. y Notimex (2002, marzo 28). Cada año mueren 35 mil personas a causa de accidentes: Secretaría de Salud. *La Jornada*, sección Sociedad y justicia, p. 38.

Gómez, M. C. y Román, J. A. (2001, septiembre 20). Se incrementa la depresión entre habitantes de países desarrollados: En 2020 será la segunda enfermedad más frecuente: Preocupantes índices de suicidio en México: Belsasso. *La Jornada*, sección Política, p. 37.

Gómez, T. y Cruz, J. (1999, noviembre 11). ¿Cambio de horario? Ni en sueños. *Reforma*, sección Ciencia, p. 2c.

González, M. A. (octubre 2000-marzo 2001). ¿Se puede negar la existencia de las razas humanas? *Ciencias: Revista de difusión*, 60-61:107-114. Facultad de Ciencias. UNAM.

Gran diccionario de la lengua española (1996). Barcelona: Larousse Planeta.

Hall, G. C. N. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10:229-245.

Harvey, A. G. (2000). Pre-sleep cognitive activity: A comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(Pt 3), Sep, 275-286.

Hauri, P. J. (1979). What can insomniacs teach us about the functions of sleep? En R. S. Drucker-Colín, M. Shkurovich y M. B. Sterman (Eds.), *The Functions of Sleep* (pp. 252-271). New York: Academic.

Hauri, P. J. (1981). Treating psychophysiological insomnia with biofeedback. *Archives of General Psychiatry*, 38:752-758.

Hauri, P. J., Percy, L., Hellekson, C., Hartmann, E. y Russ, D. (1982). The treatment of psychophysiological insomnia with biofeedback: A replication study. *Biofeedback and Self-Regulation*, 7(2), 223-235.

Haynes, R. B. (1976). A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimes. En D. L. Sackett y R. B. Haynes (Eds.), *Compliance with Therapeutic Regimes* (pp. 24-40). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Healey, E. S., Kales, A., Monroe, L. J., Bixler, E. O., Chamberlin, K. y Soldatos, C. R. (1981). Onset of insomnia: Role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine*, 43(5), 439-451.

Henderson, S., Jorm, A. F., Scott, L. R., Mackinnon, A. J., Christensen, H. y Korten, A. E. (1995). Insomnia in the elderly: Its prevalence and correlates in the general population. *Medical Journal of Australia*, 162(1), Ene, 22-24.

Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(1,2), Ene-Dic, 83-90.

Hernández-Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J. J. (1996). Parent-child interactions predict anxiety in Mexican adolescents. *Adolescence*, 31(124), Invierno, 955-963.

Herrera Beltrán, C. (2001, agosto 12). Aumentan las dificultades para que los jóvenes mexicanos se independicen de sus familias: Los marcan desempleo y falta de oportunidades para seguir estudiando, revela estudio: La mayoría radica en 12 entidades ubicadas en los extremos del desarrollo regional. *La Jornada*, sección Sociedad y justicia, p. 40.

Hetta, J., Rimon, R. y Almqvist, M. (1985). Mood alterations and sleep. Special issue: Sleep research and its clinical implications. *Annals of Clinical Research*, 17(5), 252-256.

Hobson, J. A. (1987). Sleep. En G. Adelman (Ed.), *Encyclopedia of Neuroscience* (pp. 1097-1100). Boston: Birkhäuser.

Hobson, J. A. (1994). *El cerebro soñador* (I. Vericat, trad.). México: Fondo de Cultura Económica. (Original publicado en 1988.)

Hohagen, F., Kämpfer, Ch., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S. y Berger, M. (1994). Sleep onset insomnia, sleep maintaining insomnia and insomnia with early morning awakening: Temporal stability of subtypes in a longitudinal study on general practice attenders. *Sleep*, 17(6), 551-554.

Holbrook, M. I., White, M. H. y Hutt, M. J. (1994). Increasing awareness of sleep hygiene in rotating shift workers: Arming law-enforcement officers against impaired performance. *Perceptual and Motor Skills*, 79(1 Pt 2), Ago, 520-522.

Hopson, J. L. (1986). The unraveling of insomnia. *Psychology Today*, 20(6), 42-45, 48-49. (Del *Psychological Abstracts*, 1986, 73, Resumen No. 27579).

Hornblower, S. y Spawforth, A. (Eds.) (1996). *The Oxford Classical Dictionary* (3a. ed.). Oxford: Oxford University Press.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *XII Censo general de población y vivienda: Resultados definitivos*. México: Autor.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *XII Censo general de población y vivienda, 2000: Tabuladores básicos y por entidad federativa: Estados Unidos Mexicanos: Bases de datos y tabulados de la muestra censal*. México: Autor.

Institute of Medicine. (1979). *Sleeping pills, insomnia, and medical practice*. Washington, DC: National Academy of Sciences.

- The International Human Genome Sequencing Consortium. (2001, febrero 15). Initial sequencing and analysis of the human genome. *Nature*, 409(6822), 860-921.
- Ishigooka, J., Suzuki, M., Isawa, S., Muraoka, H., Murasaki, M. y Okawa, M. (1999). Epidemiological study on sleep habits and insomnia of new outpatients visiting general hospitals in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(4), Ago, 515-522.
- Janson, C., Gislason, T., De Backer, W., Plaschke, P., Björnsson, E., Hetta, J., Kristbjarnason, H., Vermeire, P. y Boman, G. (1995). Prevalence of sleep disturbances among young adults in three European countries. *Sleep*, 18(7), Sep, 589-597.
- Janson, C., Lindberg, E., Gislason, T., Elmasry, A. y Boman, G. (2001). Insomnia in men: A 10-year prospective population-based study. *Sleep*, 24(4), Jun 15, 425-430.
- Jasny, B. R. (coord.). (2001, febrero 16). The human genome: Science genome map. *Science*, 291(5507), p. 1218.
- Jenkins, C. D., Hurst, M. W. y Rose, R. M. (1979). Life changes: Do people really remember? *Archives of General Psychiatry*, 36(4), Abr, 379-384.
- Johns, M. W., Gay, T. J. A., Masterton, J. P. y Bruce, D. W. (1971). Relationship between sleep habits, adrenocortical activity and personality. *Psychosomatic Medicine*, 33:499-508.
- Kageyama, T., Kabuto, M., Nitta, H., Kurokawa, Y., Taira, K., Suzuki, S. y Takemoto, T. I. (1998). Prevalence of use of medically prescribed hypnotics among adult Japanese women in urban residential areas. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(1), Feb, 69-74.
- Kahneman, D. y Tversky, A. (1982, mayo). Psicología de las preferencias. *Investigación y ciencia*, 100-106.
- Kales, A., Bixler, E. O., Soldatos, C. R., Vela-Bueno, A., Caldwell, A. B. y Cadieux, R. J. (1982). Biopsychobehavioral correlates of insomnia, part I: Role of sleep apnea and nocturnal myoclonus. *Psychosomatics*, 23(6), Jun, 589-600.
- Kales, A. y Vgontzas, A. N. (1992). Predisposition to and development and persistence of chronic insomnia: Importance of psychobehavioral factors. *Archives of Internal Medicine*, 152:1570-1572.
- Kapur, V. K., Redline, S., Nieto, F. J., Young, T. B., Newman, A. B. y Henderson, J. A. (2002). The relationship between chronically disrupted sleep and healthcare use. *Sleep*, 25(3), May 1, 289-296.

Karacan, I., Thornby, J. I., Anch, A. M., Booth, G. H., Williams, R. L. y Salis, P. J. (1976). Dose-related sleep disturbances induced by coffee and caffeine. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 20(6), Dic, 682-689.

Katz, D. A. y McHorney, C. A. (2002). The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *The Journal of Family Practice*, 51(3), Mar, 229-235.

Kavanau, J. L. (1999). Adaptations and pathologies linked to dynamic stabilization of neural circuitry. *Neurosciences and Biobehavioral Review*, 23(5), May, 635-648.

Kayed, K. (1995). Insomni og hypnotika [Insomnia and hypnotics] [Resumen]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 115(9), Mar, 1087-1090. (De *Psychinfo*, <http://www.dgbiblio.unam.mx/bases.html>], Medline ID 95242292, Unique Identifier 7725291)

Kayukawa, Y., Shirakawa, S., Hayakawa, T., Imai, M., Iwata, N., Ozaki, N. y Ohta, T. (2000). Habitual snoring in an outpatient population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54(4), Ago, 385-391.

Kim, K., Uchiyama, M., Okawa, M., Doi, Y., Oida, T., Minowa, M. y Ogihara, R. (1999). Lifestyles and sleep disorders among the Japanese adult population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(2), Abr, 269-270.

Kleeman, W. B. (1988). The politics of office design. Special issue: Political behavior and physical design. *Environment and Behavior*, 20(5), 537-549. (Del *Psychological Abstracts*, 1988, 76, Resumen No. 13864).

Klink, M. E., Quan, S. F., Kaltenborn, W. T. y Lebowitz, M. D. (1992). Risk factors associated with complaints of insomnia in a general adult population: Influence of previous complaints of insomnia. *Archives of Internal Medicine*, 152:1634-1637.

Knab, B. y Engel, R. R. (1988). Perception of waking and sleeping: Possible implications for the evaluation of insomnia. *Sleep*, 11(3), 265-272.

Knox, K. S. y Foresman, B. H. (2000). Workup and indications for polysomnography in patients with sleep-related complaints. *Journal of the American Osteopathy Association*, 100(8, Supl.), Ago, S22-S27.

Kracke, W. (1999). A language of dreaming: Dreams of an Amazonian insomniac. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(Pte. 2), Abr, 257-271.

Kreisler, L. (1985). Trastornos del sueño del adolescente. En L. Kreisler (Ed.), *La desorganización psicosomática en el niño: Nuevas aportaciones clínicas* (J. Garanto, M. Ibáñez, C. Vallvé y F. Angulo, trads.). Barcelona: Herder. (Original publicado en 1981.)

Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D. L., Klauber, M. R. y Marler, M. R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), Feb, 137-138.

Lader, M. H. (1983). Insomnia and short-acting benzodiazepine hypnotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44:47-53.

LaGrand, L. E. (1985). College student loss and response. *New Directions for Student Services*, No. 31, Sep, 15-28.

Lapedes, D. N. (Ed.). (1974). *Dictionary of Scientific and Technical Terms*. New York: McGraw-Hill.

Lara, L. F. (Ed.). (1986). *Diccionario básico del español de México*. México: El Colegio de México.

Lau, J. T., Yu, A., Cheung, J. C. y Leung, S. S. (2000). Studies on common illnesses and medical care utilization patterns of adolescents in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health*, 27(6), Dic 1, 443-452.

Lavie, P. (1997). *El fascinante mundo del sueño* (J. Ros, trad.). Barcelona: Grijalbo Mondadori. (Original publicado en 1996.)

Leary, E. B. (1998, junio 18-23). The effects of smoking cessation on sleep [Resumen]. Candidato para la 1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Léger, D., Levy, E. y Paillard, M. (1999). The direct costs of insomnia in France. *Sleep*, 22(2, Supl.), May, 394-401.

Léger, D., Prévot, E., Thébault, C., Delafosse, J.-Y., y Paillard, M. (1998, junio 18-23). Epidemiology of insomnia, evolution during one year: Two surveys separated by a one-year interval in a group of 12,778 French adults [Resumen]. Candidato para la 1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Lemke, M. R., Puhl, P. y Broderick, A. (1999). Motor activity and perception of sleep in depressed patients. *Journal of Psychiatric Research*, 33(3), May-Jun, 215-224.

León Monsiño, A. B. (1995). Manifestaciones afectivas y fisiológicas en trabajadores con turno rotativo. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Levenkron, S. (1992). *Malos hábitos: Una guía para defenderse de las obsesiones* (B. Blanch, trad.). Barcelona: Grijalbo. (Original publicado en 1991.)

Lichstein, K. L. y Rosenthal, T. L. (1980). Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(1), 105-107.

Lichstein, K. L., Riedel, B. W., Lester, K. W. y Aguillard, R. N. (1999). Occult sleep apnea in a recruited sample of older adults with insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 405-410.

Lichstein, K. L., Wilson, N. M., Noe, S. L., Aguillard, R. N. y Bellur, S. N. (1994). Daytime sleepiness in insomnia: Behavioral, biological and subjective indices. *Sleep*, 17(8), Dic, 693-702.

Lisker, R. (abril-junio 2000). Ética y genética. *Ciencias: Revista de difusión*, 58:26-30. Facultad de Ciencias. UNAM.

Little, W. (1968). *The Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles*. Oxford: The Clarendon Press.

Longman Dictionary of Contemporary English. (3a. ed., 1995). Harlow, England: Longman Dictionaries.

López Beltrán, C. (octubre 2000-marzo 2001). Para una crítica de la noción de raza. *Ciencias: Revista de difusión*, 60-61:98-106. Facultad de Ciencias. UNAM.

López Mercado, A. (2002). *Orientación alimentaria para un buen dormir*. (Disponible en la Academia Mexicana de Trastornos del Dormir, tel. 5559-6563, 58993304 y 01800-7188-293, en: www.dormirbien.com.mx y en: contacto@dormirbien.com.mx; también en Z-Card México, tel. 5531-1241 y 5250-5101, fax no. 5545-0176 y en: www.zcard.com)

Luce, G. G. y Segal, J. (1971). *El insomnio* (Carlos Gerhard, trad.). México: Siglo XXI. (Original publicado en 1969.)

Luce, G. G. y Segal, J. (1981). *El sueño* (6a. ed., F. González Aramburu, trad.). México: Siglo XXI. (Original publicado en 1966.)

Magnusson, S. y Gislason, T. (1999). Chronic bronchitis in Icelandic males: Prevalence, sleep disturbances and quality of life. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 17(2), Jun, 100-104.

Mahendran, R. (1995). Management of insomnia. *Singapore Medical Journal*, 36(1), Feb, 80-83.

Mahowald, M. y Schenck, C. H. (s.f./2000). Night flying: An overview of the parasomnias. *Sleep Medicine Alert*, 1(1). [http://www.sleepfoundation.org/publications/sma1_1.htm]. 5 de diciembre de 2000.

Mallon, L., Broman, J. E. y Hetta, J. (2002). Sleep complaints predict coronary artery disease in males: A 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *Journal of Internal Medicine*, 251(3), Mar, 207-216.

Manabe, K., Matsui, T., Yamaya, M., Sato-Nakagawa, T., Okamura, N., Arai, H. y Sasaki, H. (2000). Sleep patterns and mortality among elderly patients in a geriatric hospital. *Gerontology*, 46(6), Nov-Dic, 318-322. [http://www.healthgate.net/html/min/gerontology/medias/pdf/free_online_sample_issue/clinical_section_318.pdf]. 23 de mayo de 2002.

Manber, R. (1993). Adolescence and sleep. En M. A. Carskadon (Ed.), *Encyclopedia of Sleep and Dreaming* (pp. 7-10). New York: Maxwell Macmillan.

Mandell, W. (2000). The realization of an idea. *Mental Hygiene School of Public Health*. Johns Hopkins University. [<http://mh.jhsph.edu/history.html>]. 10 de febrero de 2001.

Mathur, R. y Douglas, N. J. (1995). Frequency of EEG arousals from nocturnal sleep in normal subjects. *Sleep*, 18(5), 330-333.

McCall, W. V. (1995). Management of primary sleep disorders among elderly persons. *Psychiatric Services*, 46(1), Ene, 49-55.

Mendelson, W. B., Gillin, J. C. y Wyatt, R. J. (1977). *Human Sleep and its Disorders*. New York: Plenum Press.

Moliner, M. (1984). *Diccionario de uso del español*. Biblioteca Románica Hispánica. Madrid: Gredos.

Monane, M. (1992). Insomnia in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(6, Supl.), Jun, 23-28.

Monroe, L. J. (1967). Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(3), 255-264.

Monroe, L. J. y Marks, P. A. (1977). MMPI differences between adolescent poor and good sleepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(1), 151-152.

Munsch, S. y Schwander, J. (1998, junio 18-23). Should insomniacs be treated differently depending on a presence of a comorbidity personality disorder on axis-II (DSM-IV) [Resumen]. Candidato para la 1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Muñoz, R. P. (2002, abril 29). Persiste la *división sexual* del trabajo doméstico, en detrimento de la mujer: INEGI: en la práctica, todas las mexicanas de 20 años o más realizan tareas del hogar: Sólo 43.8 por ciento de los varones *colabora* en esas actividades, durante 13 horas semanales. *La Jornada*, sección Sociedad y justicia, p. 45.

National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia. (1999). Insomnia: Assessment and management in primary care. *American Family Physician*, 59(11), Jun, 3029-3038.

National Sleep Foundation. (1998, marzo 25). *New survey reports more than 168 million American adults fail sleep IQ test, 132 million suffer sleep problems*. [<http://www.sleepfoundation.org/PressArchives/iqtest.html>]. 4 de noviembre de 1998.

The New International Webster's Comprehensive Dictionary of the English Language: Time Deluxe Encyclopedic Edition (1998). Naples, FL: Trident Press International.

Neylan, T. C., Marmar, C. R., Metzler, T. J., Weiss, D. S., Zatzick, D. F., Delucchi, K. L., Wu, R. M. y Schoenfeld, F. B. (1998). Sleep disturbances in the Vietnam generation: Findings from a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 929-933.

Nielsen, T. A., Laberge, L., Paquet, J., Tremblay, R. E., Vitaro, F. y Montplaisir, J. (2000). Development of disturbing dreams during adolescence and their relation to anxiety symptoms. *Sleep*, 23(6), Sep 15, 727-736.

Nordby, V. J. y Hall, C. S. (1979). *Vida y conceptos de los psicólogos más importantes* (M. L. Ávalos de Palmeros, trad.). México: Trillas. Biblioteca Técnica de Psicología. (Original publicado en 1974.)

O'Connor, K., Belanger, L., Marchand, A., Dupuis, G., Elie, R. y Boyer, R. (1999) Psychological distress and adaptational problems associated with discontinuation of benzodiazepines. *Addictive Behaviors*, 24(4), Jul-Ago, 537-541.

Ohayon, M. M., Caulet, M. y Lemoine, P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 185-197.

Ohayon, M. M., Caulet, M., Philip, P., Guilleminault, C. y Priest, R. G. (1997). How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. *Archives of Internal Medicine*, 157(22), Dic 8, 2645-2652.

Olstad, R., Sogaard, A. J. y Sexton, H. (1998). Mental health in costal areas of Finnmark 1987-1993 [Resumen No. PMID 9599497]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 118(9), 1350-1355. En *MedLine* [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>]. 23 de mayo de 2002.

Oswald, I. (2001). Sleep. En G. Underwood y R. L. Gregory (Eds.), *The Oxford Guide to the Mind* (pp. 88-91). Oxford: Oxford University Press.

Pace-Schott, E. F., Kaji, J., Stickgold, R. y Hobson, J. A. (1994). Nightcap measurement of sleep quality in self-described good and poor sleepers. *Sleep*, 17(8), 688-692.

Parcero, M. T. y Rock, L. C. E. (1992). La relación entre la participación del padre en la crianza infantil y la satisfacción marital. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Parker, S. P. (Ed.). (1998). *Enciclopedia McGraw-Hill de ciencia y tecnología* (3a. ed., McGraw-Hill, trad.). New York: McGraw-Hill. (Original publicado en 1994.)

Parke, J. D. y Lock, C. B. (1989). Genetic factors in sleep disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, Supl. Espec.*, 101-108.

Pelissolo, A., Lecendreux, M. y Mouren-Simeoni, M. C. (1999). Use of hypnotics in children: Description and analysis. *Archives de Pédiatrie*, 6(6), Jun, 625-630.

Pérez, B. J. R., Andrews, G. R. M., Blanco, C. M., Ordóñez, J. R. H., Rivera, V. G. y Tapia, F. M. G. (1991, febrero 12). Prevalencia de factores de riesgo en enfermos de cardiopatía isquémica. *Excelsior*, p. 11-M.

Pichot, P. (Coord.). (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (J. J. López-Ibor Aliño, M. Valdés Miyar, T. de Flores i Formenti, J. Masana Ronquillo, J. Toro Trallero, J. Treserra Torres y C. Udina Abelló, trads.). Barcelona: Masson. (Original publicado en 1994.)

Ponce de León, R. S. (1995, octubre 31). El Consejo Nacional de Arbitraje Médico. *La Jornada*, p. 31.

Popoviciu, L., Corfariu, O., Fâgârăseanu, M., Köllö, K. y Bagathai, T. (1987). Polysomnographic research in sleep disorders associated with magnesium deficiency. *Neurologie et Psychiatrie*, 25(2), 83-90. (Del *Psychological Abstracts*, 1987, 75, Resumen No. 27096).

Procter, P., Ilson, R. F., Ayto, J. y Walsh, G. (Eds.). (1978). *Longman Dictionary of Contemporary English*. Harlow/London: Longman.

Próspero, G. O. (1987). Péptidos y sueño: Efectos del polipéptido vasoactivo intestinal (VIP) y del líquido cefalorraquídeo (LCR) de gatos privados de sueño sobre el insomnio inducido por PCPA. Tesis de maestría en psicobiología. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Puente-Silva, F. G. (1985). ¿Qué es la adherencia terapéutica? En F. G. Puente-Silva (Ed.), *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México* (pp. 1-17). México: Lepetit.

Real Academia Española. (1984). *Diccionario de la lengua española. Academia Española* (20a. ed.). Madrid: Espasa-Calpe.

Reber, A. S. (1995). *The Penguin Dictionary of Psychology* (2a. ed.). London: Penguin Books.

Rechtschaffen, A. y Kales, A. (1968). *A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects*. Public Health Services, NIH Publication No. 204, Washington, DC: US Government Printing Office.

Reimao, R., Souza, J. C., Gaudioso, C. E., Guerra, H. D., Alves, A. D., Oliveira, J. C., Gnobie, N. C. y Silveiro, D. C. (2000). Nocturnal sleep pattern in native Brazilian Terena adults. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58(2A), Jun, 233-238.

Remick, R. A., Froese, C. y Keller, F. D. (1989). Common side effects associated with monoamine oxidase inhibitors. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13(3-4), 497-504.

Reséndiz García, M. C. (1998). Evaluación subjetiva de la somnolencia diurna y medición actigráfica continua de la actividad vigilia-sueño en adultos jóvenes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Reynolds, C. F. y Kupfer, D. J. (1987). Sleep research in affective illness: State of the art circa 1987. *Sleep*, 10:199-215.

Riedel, B. W., Winfield, C. y Lichstein, K. L. (1998, junio 18-23). Anxiety and first night effect in older insomniacs [Resumen]. Candidato para la 1998 Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line*. [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Roca Roger, M., Úbeda Bonet I., Fuentes Gallego, C., López Pisa, R., Pont Ribas, A., García Viñets, L. y Pedreny Oriol, R. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*, 26(4), Sep, 217-223.

Rodríguez Carranza, R. (Ed.). (1984). *Vademécum académico de medicamentos* (2 tomos). Programa del Libro de Texto Universitario. México: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rojas, Y. (2000, diciembre 13). El insomnio, un grave padecimiento. *La Jornada*, suplemento Investigación y desarrollo, p. 8.

Rosano, B. (1883). Breve estudio sobre el insomnio; sus causas y tratamiento. Tesis de licenciatura. Facultad de Medicina. México: UNAM.

Rosas, C. (2000, febrero 8). Ocasiona el insomnio la mayor cantidad de accidentes viales [Entrevista con el doctor Reyes Haro Valencia]. *El Universal*, p.G3.

Rosekind, M. R. (1992). The epidemiology and occurrence of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(6, Supl.), Jun, 4-6.

Rosen, R. C., Rosekind, M. R., Rosevear, C., Cole, W. E. y Dement, W. C. (1993). Physician education in sleep and sleep disorders: A national survey [Informe especial]. *Sleep*, 16(3), 249-254.

Rosenstein Ster, E. (1998). *Diccionario de especialidades farmacéuticas* (44a. ed.). México: PLM.

Roth, A. (1985). Popular disorders and health worries of a university student population in California. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1(1-2), Ene-Jun, 107-111.

Roth, T. y Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. *Sleep*, 22(2, Supl.), May, 354-358.

Royuela Rico, A. y Macías Fernández, J. A. (1997, junio-diciembre). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-sueño* [Revista en línea], 9(2, Supl.). [<http://www.vigilia-sueno.org/esp/ed-ant/9-2/artic1.htm>]. 2 de diciembre de 2000.

Russell, B. (2000, agosto 4). Pupils suffer from 'exam stress' claim teachers. *Independent* [En línea], p. 4. [Recuperado de la página de la *British Library*: <http://www.bl.uk/>, a través del Social Policy Information Service].

Sack, R. L., Brandes, R. W., Kendall, A. R. y Lewy, A. J. (2000). Entrainment of free-running circadian rhythms by melatonin in blind people. *New England Journal of Medicine*, Oct 12, 343(15), 1070-1077.

Sánchez-Sosa, J. J. (1982). Behavior analysis in marriage counseling: A methodological review of the research literature [El análisis de la conducta en el consejo conyugal: Un análisis metodológico de la literatura de investigación]. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 8(2), Dic, 149-156.

Sánchez-Sosa, J. J. (1985). Adherencia al tratamiento: Un enfoque preventivo. En F. G. Puente-Silva (Ed.), *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México* (pp. 87-96). México: Lepetit.

Sánchez-Sosa, J. J. (1986). Salud mental y prevención social. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 2(2), Dic, 43-53.

Sánchez-Sosa, J. J. (1990). *Escala de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento* (S.E.Vi.C.). México: Coordinación de Programas Académicos de Enseñanza Superior. Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez-Sosa, J. J. y Hernández-Guzmán, L. (1992). La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1), 27-34.

Sánchez-Sosa, J. J., Jurado-Cárdenas, S. y Hernández-Guzmán, L. (1992). Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: Análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(2), 101-116.

San Luis, O. G. (1993). El rompecabezas nocturno. *Tu salud: La revista del bienestar*, 2:16-21.

Santos, S. J., Bohon, L. M. y Sánchez-Sosa, J. J. (1995). Relaciones familiares en la niñez, conflicto conyugal y laboral y problemas de salud mental entre inmigrantes mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 11(2), Dic, 87-100.

Santos, S. J., Bohon, L. M. y Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Childhood family relationships, marital and work conflict, and mental health distress in Mexican immigrants. *Journal of Community Psychology*, 26(5), Sep, 491-508.

Sapolsky, R. (2001, mayo). Sueños turbulentos. *Discover en español*, 5(5), 26-33.

Sari, A. (2000, septiembre). À la recherche du somnifère idéal. *Science & Vie: L'Accélérateur du Savoir*, no. 996, pp. 52-57.

Schneider-Helmert, D. y Kumar, A. (1995). Sleep, its subjective perception, and daytime performance in insomniacs with a pattern of alpha sleep. *Biological Psychiatry*, 37(2), Ene 15, 99-105.

Schrader, H. (1995). Sleep disorders. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 115(9), Mar, 1083-1086.

Schramm, E., Hohagen, F., Káppler, Ch., Grasshoff, U. y Berger, M. (1995). Mental comorbidity of chronic insomnia in general practice attenders using DSM-III-R. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), Ene, 10-17.

Schwartz, I. S. y Baer, D. M. (1991). Social validity assessments: Is current practice state of the art? *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), Verano, 189-204.

Seco, R. M., Andrés, P. O. y Ramos, G. G. (1999). *Diccionario del español actual*. México: Aguilar.

Servin, M. (1999, febrero 15). Dormir es una inversión que reditúa salud y eficiencia. *La Jornada*, suplemento Lunes en la ciencia, p. III.

Shirakawa, S. y Takahashi, K. (1998). Epidemiology of sleep disorders. *Nippon Rinsho*, 56(2), 475-481. (De MedLine PubMed, 1998, Resumen No. 9503854).

Shochat, T., Umphress, J., Israel, A. G., y Ancoli-Israel, S. (1999). Insomnia in primary care patients. *Sleep*, 22(2, Supl.), May, 359-365.

Simpson, J. A. y Weiner, E. S. C. (Eds.). (1989). *The Oxford English Dictionary* (2a. ed.). Oxford: Clarendon Press.

Smith, C., Bradley, D., Carlos, T., Rodríguez, L. y Parrondo, J. R. (1993). *Collins Spanish English, English Spanish Dictionary: Unabridged*. Barcelona/Glasgow: Grijalbo/Harper Collins.

Soldatos, C. R. (1994). Insomnia in relation to depression and anxiety: Epidemiologic considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1, Supl.), 27-40.

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G. y Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens insomnia scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), Jun, 555-560.

Soldatos, C. R. y Kales, A. (1982). Sleep disorders: Research in psychopathology and its practical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65(6), 381-387.

Sovner, R. (1995). Thioridazine withdrawal-induced behavioral deterioration treated with clonidine: Two case reports. *Mental Retardation*, 33(4), Ago, 221-225.

Spiegel, K., Santucci, J., Colecchia, E. F., Kosslyn, S. M., Stickgold, R. y Van Cauter, E. (1998, junio 18-23). Alteration of sleep, fatigue, mood and cognitive function during sleep restriction and sleep extension [Resumen]. Candidato para la 1998 *Annual Meeting of the Associated Professional Sleep Societies*, New Orleans, LA. En *Sleep On-Line* [<http://www.journalsleep.org/abstracts.htm>]. 2 de octubre de 1998.

Stepanski, E. J. (1993). Insomnia. En M. A. Carskadon (Ed.), *Encyclopedia of Sleep and Dreaming* (pp. 309-313). New York: Maxwell Macmillan.

Stepanski, E. J., Glinn, M., Fortier, J., Sicklesteel, J., Zorick, F. J. y Roth, T. (1989). Physiological reactivity in chronic insomnia. *Sleep Research*, 18:306.

Stepanski, E. J., Koshorek, G., Zorick, F. J., Glinn, M., Roehrs, T. y Roth, T. (1989). Characteristics of individuals who do or do not seek treatment for chronic insomnia. *Psychosomatics*, 30(4), Otoño, 421-427.

Stepanski, E. J., Zorick, F. J., Roehrs, T., Young, D. y Roth, T. (1988). Daytime alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. *Sleep*, 11(1), 54-60.

Stoller, M. K. (1994). Economic effects of insomnia. *Clinical Therapeutics*, 16(5), Sep-Oct, 854, 873-897.

Stores, G. y Crawford, C. (2000). Arousal norms for children age 5-16 years based on home polysomnography. *Technology and Health Care*, 8(5), 285-290.

Szelenberger, W. y Niemcewicz, S. (2000). Severity of insomnia correlates with cognitive impairment. *Acta Neurobiologæ Experimentalis (Warszaw)*, 60(3), 373.

Takeichi, M., Sato, T. y Takefu, M. (1999). Studies on the psychosomatic functioning of ill-health according to Eastern and Western medicine. 2. Anxiety-affinitive constitution associated with qi, blood, and body fluid: Diagnostic and therapeutic methods. *American Journal of Chinese Medicine*, 27(2), 177-190.

Tan, T.-L., Kales, J. D., Kales, A., Soldatos, C. R. y Bixler, E. O. (1984). Biopsychobehavioral correlates of insomnia, IV: Diagnosis based on *DSM-III*. *American Journal of Psychiatry*, 141(3), 357-362.

Tateishi, J., Brown, P., Kitamoto, T., Hoque, Z. M., Roos, R., Wollman, R., Cervenáková, L. y Gajdusek, D. C. (1995). First experimental transmission of fatal familial insomnia. *Nature*, 376(6539), Ago, 434-435.

Télez, L. A. (1985). *Tratamiento del insomnio: ¿Fármacos o técnicas no farmacológicas?* Ponencia presentada en el IV Congreso Mexicano de Psicología. Sociedad Mexicana de Psicología.

Télez, L. A., Guerrero, S. M. E., Gutiérrez, T. F., Niño, R. M. P. y Silva, O. M. V. (1995). Hábitos y trastornos del dormir en residentes del área metropolitana de Monterrey. *Salud Mental*, 18(1), Mar, 14-22.

Thuillier, P. (octubre 2000-marzo 2001). Ciencia y racismo. *Ciencias: Revista de difusión*, 60-61:115-118. Facultad de Ciencias. UNAM.

Valek, G. (2001, abril). *¿Mundos irreconciliables?* [Revisión del libro *Mundos separados*, de Jim Hartz y Rick Chappell.]. *¿Cómo ves?*, 3(29), p. 38.

Valencia, F. M. (1990). Trastornos de sueño en sujetos de edad avanzada: Aspectos electroencefalográficos y conductuales. Tesis de doctorado en Psicología General Experimental. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Valenzuela, V. J. (1994). Secuelas emocionales asociadas al abuso sexual en una población de adolescentes escolares. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.

Vergara, J. M., Orrite, C., González, P., Remartínez, A. y Pérez-Costero, M. (1997, enero-mayo). EEG durante el sueño y rendimiento escolar: Estudio observacional en niños de 8 años de edad. *Vigilia-sueño* [Revista en línea], 9(1, Supl.). [<http://www.vigilia-sueno.org/esp/ed-an/9-1/artic2.htm>]. 2 de diciembre de 2000.

Vgontzas, A. N., Bixler, E. O., Lin, H. M., Prolo, P., Mastorakos, G., Vela-Bueno A., Kales, A. y Chrousos, G. P. (2001). Chronic insomnia is associated with nyctohemeral activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: Clinical implications. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86(8), Ago, 3787-3794.

Vgontzas, A. N., Mastorakos, G., Bixler, E. O., Kales, A., Gold, P. W. y Chrousos, G. P. (1999). Sleep deprivation effects on the activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal and growth axes: Potential clinical implications. *Clinical Endocrinology*, 51(2), Ago, 205-215.

Walsh, J. K. y Engelhardt, C. L. (1999). The direct economic costs of insomnia in the United States for 1995. *Sleep*, 22(2, Supl.), May 1, 386-393.

Webb, W. B. (1994). Sleep as a biological rhythm: A historical review. *Sleep*, 17(2), 188-194.

Webster's Third New International Dictionary of the English Language: Unabridged (1986). Springfield, MA: Encyclopædia Britannica/G. & C. Merriam.

Wever, R. A. (1985). Modes of interaction between ultradian and circadian rhythms: Toward a mathematical model of sleep. *Experimental Brain Research* (12, Supl.). En H. Schulz y P. Lavie (Eds.), *Ultradian Rhythms in Physiology and Behavior* (pp. 309-317). Berlin: Springer-Verlag.

Wheatley, D. (1986). Insomnia in general practice: The role of temazepam and a comparison with zopiclone. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74(332, Supl.), 142-148.

Wilde, G. S. (1994). *Target Risk* (versión en línea). [<http://psyc.queensu.ca/target/>]. 7 de febrero de 2001.

Williams, R. L. y Karacan, I. (1985). Recent developments in the diagnosis and treatment of sleep disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 36(9), 951-957.

Wolf, M. M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement, or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11:203-214.

Wolke, D., Meyer, R., Ohrt, B. y Riegel, K. (1994). Incidence and persistence of problems at sleep onset and sleep continuation in the preschool period: Results of a prospective study of a representative sample in Bavaria. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43(9), Nov, 331-339.

Youngstedt, S. D., Kripke, D. F. y Elliott, J. A. (1999). Is sleep disturbed by vigorous late-night exercise? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(6), Jun, 864-869.

Zammit, G. K., Weiner, J., Damato, N., Sillup, G. P. y McMillan, C. A. (1999). Quality of life in people with insomnia. *Sleep*, 22(2, Supl.), May, 379-385.

Zimmer, D. E. (1985). *Dormir y soñar* (Diorki Traductores, trad.). Barcelona: Biblioteca Científica Salvat. (Original publicado en 1984.)

SALUD, ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTO (SEVIC)

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escribas tu nombre ni hagas anotaciones que te puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos y de ayuda. No hay respuestas buenas ni malas, por favor contesta las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trata de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

La mayoría de las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escribe tu respuesta o escoge la opción que mejor refleje tu propio caso, rellenando completamente el paréntesis en la hoja de respuestas como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerda, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no te preocupes por puntajes ni calificaciones. Por favor lee cuidadosamente cada pregunta o enunciado y contesta con la verdad. Recuerda que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para tí mismo(a) o para otras personas y familias. Si tienes alguna pregunta o duda, con toda confianza preguntanos y con mucho gusto te orientaremos.

La primera parte de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. La segunda parte tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. No escribas ni hagas marcas en este cuestionario.

EJEMPLO: En un día normal yo hago:

- a - una comida
- b - dos comidas (a) (b) (c) (d) (e)
- c - tres comidas
- d - cuatro comidas
- e - más de cuatro comidas

Esto significaría que en un día regular, comes tres veces.

Recibe de antemano nuestro agradecimiento por tu cooperación y recuerda: con toda confianza, contesta con la verdad.

PRIMERA PARTE

1. En cuanto al comer, como demasiado:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% de las veces)

2. En cuanto a mi peso normal, estoy:

- a - muy por debajo de él
- b - por debajo de él
- c - en mi peso
- d - por arriba de él
- e - muy por arriba de él

3. Como menos de lo que debería:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% de las veces)

4. Tengo tics (por ejemplo: parpadeo, jalones de cuello, encoger los hombros, gestos con la cara, etc.):

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

5. Tartamudeo al hablar (por ejemplo: repito o estiro sonidos o sílabas al hablar):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

6. Tomo demasiado (bebidas alcohólicas):

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

7. Fumo (cigarros de tabaco)

- a - dos o más cajetillas al día
- b - de una a dos cajetillas al día
- c - entre diez cigarros y una cajetilla a día
- d - de uno a diez cigarros al día
- e - no fumo

8. Tomo anfetaminas u otros estimulantes:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

9. Fumo o consumo marihuana:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

10. Uso "crack" (rocas) o cocaína:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

11. Huelo o inhalo thinner, cemento o solventes:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

12. Tomo pastillas para dormir o para los nervios:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

13. Siento que hay gente que me quiere quitar algo que es mío

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

14. Siento que hay gente que me quiere perjudicar o hacerme daño:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

15. No me puedo concentrar o me distraigo fácilmente:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

16. Duermo muy poco:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

17. Ne siento muy triste:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

18. Ne dan ganas de quedarme acostado(a) todo el día, aunque haya dormido bien en la noche:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

19. Siento que no valgo mucho:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

20. Tengo poca esperanza de resolver mis problemas:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

21. Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

22. Me preocupo mucho cuando tengo que hablar frente a la gente o en una reunión:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

23. A veces siento tanta angustia o miedo, que quisiera salir corriendo:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

24. Me vienen pensamientos o ganas de hacer cosas que se me repiten una y otra vez y no me los puedo quitar de la cabeza:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

25. Me dan ganas de vomitar:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

26. Me dan dolores en el abdomen (el estómago, la panza o la barriga).

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

27. Me da diarrea (chorro o chorrillo):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

28. Me siento inflado, con gases en la barriga:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

29. Hay muchos alimentos que me hacen daño:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

30. Me dan dolores en las manos y los brazos, o en las piernas y los pies:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

31. Me dan dolores en la espalda:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

32. Me dan dolores en las articulaciones o coyunturas (rodillas, codos, hombros, etc.):

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

33. Siento dolor al orinar:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

34. Siento como que me falta el aire aunque no esté haciendo ejercicio.

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

35. Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

36. Me dan dolores en el pecho:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

37. Me dan mareos:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

38. Se me olvidan las cosas, la memoria me falla como si tuviera lagunas o huecos, o espacios borrados:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

39. Me cuesta trabajo tragar o pasar los alimentos:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

40. Se me va la voz y no puedo hablar, como si la perdiera:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

41. A ratos no oigo nada, como si perdiera el oído

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

42. Se me borra la vista o veo doble:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

43. Pierdo la vista, como si a ratos me quedara ciego(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

44. Tengo desmayos o pérdida del conocimiento:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

45. Me dan ataques o convulsiones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

46. Me cuesta trabajo caminar:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

47. Siento debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

48. Tengo dificultades para orinar:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

49. Me arden mis órganos sexuales (cuando no estoy teniendo relaciones sexuales):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

50. En cuanto a interés o excitación sexual, lo pierdo:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

51. Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - No he tenido relaciones sexuales

52. Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado(a) sexualmente aunque tenga ganas de estarlo:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

SI ERES HOMBRE, SALTATE LAS PREGUNTAS 53 A 56 Y PASA A LA PREGUNTA 57.

53. Tengo dolores cuando menstrúo o tengo la regla:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

54. Mis periodos menstruales o reglas son irregulares:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

55. Tengo demasiado sangrado menstrual:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% de las veces)

56. Cuando me embarazo me dan vómitos:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

57. Mi pareja me parece atractiva sexualmente:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - No tengo pareja

58. Me atraen sexualmente otros adultos del sexo opuesto:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

59. Me atraen sexualmente otros adultos de mi mismo sexo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

60. Me atraen sexualmente adolescentes chicos(as) o niños(as) del sexo opuesto:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (de 1% a 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

61. Me atraen sexualmente adolescentes chicos(as) o niños(as) de mi mismo sexo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (de 1% a 20% del tiempo)
- f - Nunca

62. Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

63. Me gusta causarle dolor a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales.

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

64. Hay prendas de vestir u objetos que me excitan sexualmente:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

65. La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) me causa angustia:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

66. El tener relaciones sexuales me hace sentir culpable:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

67. Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

68. Me despierto gritando, con mucho miedo o terror:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

69. Soy sonámbulo(a), camino dormido(a):

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

70. Apuesto dinero siempre que puedo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo).
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

SI NO TIENES PAREJA, SÁLTATE ESTAS PREGUNTAS Y PASA A LA PREGUNTA 79.

71. Siento que mi pareja me ignora o me maltrata:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

72. Peleo con mi pareja:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

73. Las dos razones principales por las que peleamos son: (anota en la hoja de respuestas)

- a -
- b -

74. Las peleas llegan a la violencia física (jalones, empujones, golpes, etc):

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

75. Cuando peleamos, el enojo nos dura:

- a - Minutos
- b - Horas
- c - Días
- d - Semanas
- e - Neses

76. Esas peleas se resuelven generalmente con que:

- a - Mi pareja gana
- b - Yo gano
- c - Dejamos el asunto de lado hasta que se nos olvida
- d - Mi pareja y yo lo platicamos y llegamos a un acuerdo
- e - Hacemos lo que recomiende alguien que respetamos
- f - Reunimos a la familia y votamos sobre el asunto
- g - Otra (anota en la hoja de respuestas)

77. En general, mi matrimonio o unión libre ha sido:

- a - Muy insatisfactorio
- b - Insatisfactorio
- c - Un poco insatisfactorio
- d - Un poco Satisfactorio
- e - Satisfactorio
- f - Muy satisfactorio

78. He pensado en separarme o divorciarme:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

79. Para corregirlos o disciplinarlos, les pego a mis hijos (o a otros niños),
(manazos, cinturonzos, pellizcos, etc.):

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

80. Cuando me enoja mucho, grito o insulto:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

81. Cuando me enoja mucho, empujo o golpeo:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

82. La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

Duración Aproximada de Condiciones

83. ¿Te han molestado algunos de los problemas que ha señalado hasta ahora,
durante un tiempo que te parezca importante o largo?

- a - Si
- b - No

Si respondiste "sí", marca cuánto tiempo te han molestado dichos problemas. Sólo marca los tres problemas que más te molesten. Deja en blanco los que no se apliquen a tí. Si respondiste "no", pasa a la segunda parte del cuestionario.

84. He tenido problemas con mi forma de comer durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

85. He tenido tics o tartamudez durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

86. He abusado del alcohol durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

87. He usado drogas o sustancias durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

88. He sentido que hay gente que me quiere hacer daño o perjudicar durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De de uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

89. He estado muy excitable (acelerado(a)), o demasiado optimista o contento durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

90. Me he sentido nervioso(a) o angustiado(a) durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

91. Me he sentido muy triste durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

92. He tenido malestares o enfermedades físicas durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

93. He tenido problemas sexuales durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

94. He tenido problemas con el sueño (o dormir), durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

95. He tenido problemas con mi pareja durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

96. He tenido problemas o pleitos con mi familia durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

97. He tenido problemas por mi agresividad durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

98. Creo que la principal causa de estos problemas míos es: (anota cuál en la hoja de respuestas)

SEGUNDA PARTE.

A CONTINUACIÓN, CONTESTA POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, TAMBIÉN EN LA HOJA DE RESPUESTAS

1. Mi edad: 2. Mi fecha de nacimiento:

3. Sexo: a - Masculino b - Femenino

4. Mi estado civil (marca uno):

- a - Soltero(a)
- b - Casado(a)
- c - Unión libre
- d - Separado(a) o divorciado(a)
- e - Viudo(a)

5. Si eres casado(a) o vives en unión libre, ¿desde cuando?

- a - hace menos de un año
- b - de uno a dos años
- c - de dos a tres años
- d - de tres a cinco años
- e - Cinco años o más

6 - En mi educación escolar llegué hasta:

- a - nunca fui a la escuela
- b - primaria incompleta
- c - primaria completa
- d - secundaria incompleta
- e - secundaria completa
- f - comercio
- g - preparatoria o CCH incompleta
- h - preparatoria o CCH completa
- i - profesional incompleta
- j - profesional completa

7. Mi lugar de nacimiento es: (anota en la hoja de respuestas)

- a - Ciudad y estado o región: b - País:

8. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 12 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como:

- a. En asistencia social o beneficencia
- b. Clase trabajadora
- c. Clase media-baja
- d. Clase media
- e. Clase media-alta
- f. Clase alta

9. En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:

- a. En asistencia social o beneficencia
- b. Clase trabajadora
- c. Clase media-baja
- d. Clase media
- e. Clase media-alta
- f. Clase alta

10. He vivido en la Ciudad de México durante (tiempo en años y/o meses):

- a. Años (anota en la hoja de respuestas)
- b. Meses

11. Tengo (número), (anota en la hoja de respuestas)

- a. hermanos
- b. hermanas.

12. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es, soy el (la):

- a. primero(a)
- b. segundo(a)
- c. tercero(a)
- d. cuarto(a)
- e. quinto(a) o posterior

13. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (mayor) es (número de años) mayor que yo

- a. uno
- b. dos
- c. tres
- d. cuatro
- e. cinco o más

14. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (menor) es (número de años) menor que yo.

- a. uno
- b. dos
- c. tres
- d. cuatro
- e. cinco o más

15. En general, mi relación con mis hermanos(as) ha sido:

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

16. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:

- a. Mis padres naturales
- b. Madre natural y padrastro
- c. Padre natural y madrastra
- d. Padres adoptivos
- e. Parientes o familiares
- f. En un orfanato u hospicio
- g. En un internado
- h. En otra institución
- i. En otra situación (anota en la hoja de respuestas)

17. La edad de mi padre (o tutor) es (número de años). (Si falleció, la edad que tenía al morir). (Anota en la hoja de respuestas).

18. Cuando yo era niño(a) (como hasta los 14 años de edad), mi padre (o tutor) vivía con nosotros en la misma casa:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

19. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

20. Mi padre (o tutor) usaba drogas:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

21. En general, la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- a - Muy buena
- b - Buena
- c - Regular
- d - Mala
- e - Muy mala

22. Si tu padre (o tutor) ya falleció, la causa de su muerte fué:

- a - Edad avanzada o causas naturales
- b - Enfermedad
- c - Accidente
- d - Agresión violenta
- e - Suicidio
- f - Otra (anota cuál en la hoja de respuestas):

23. La principal ocupación de mi padre (o tutor) es (o era): (anota en la hoja de respuestas)

24. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

- a. Ninguno
- b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa
- d. Secundaria incompleta
- e. Secundaria completa
- f. Comercio
- g. Preparatoria incompleta
- h. Preparatoria completa
- i. Carrera profesional incompleta
- j. Carrera profesional completa o más

25. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 12 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

26. La edad de mi madre (o tutora) es (número de años, si falleció, la edad que tenía al morir).

27. Cuando yo era niño(a) (como hasta los 14 años de edad), mi madre (o tutora) vivía con nosotros en la misma casa:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

28. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

29. Mi madre (o tutora) usaba drogas:

- a - Nunca o casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

30. En general, la manera como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):

- a - Muy buena
- b - Buena
- c - Regular
- d - Mala
- e - Muy mala

31. Si tu madre (o tutora) ya falleció, la causa de su muerte fue:

- a - Edad avanzada o causas naturales
- b - Enfermedad
- c - Accidente
- d - Agresión violenta
- e - Suicidio
- f - Otra (anota en la hoja de respuestas)

32. La principal ocupación de mi madre (o tutora) es (o era), (anota en la hoja de respuestas).

33. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (era):

- a. Ninguno
- b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa
- d. Secundaria incompleta
- e. Secundaria completa
- f. Comercio
- g. Preparatoria incompleta
- h. Preparatoria completa
- i. Carrera profesional incompleta
- j. Carrera profesional completa o más

34. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 12 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés en mis opiniones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

35. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:

- a - Casi diario
- b - Como una vez a la semana
- c - Como una vez al mes
- d - Como una vez cada tres meses
- e - Como dos veces al año
- f - Una vez al año o menos

36. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenos amigos:

- a - Casi diario
- b - Como una vez a la semana
- c - Como una vez al mes
- d - Como una vez cada tres meses
- e - Como dos veces al año
- f - Una vez al año o menos

37. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):

- a - Casi diario
- b - Como una vez a la semana
- c - Como una vez al mes
- d - Como una vez cada tres meses
- e - Como dos veces al año
- f - Una vez al año o menos

38. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):

- a - Casi diario
- b - Como una vez a la semana
- c - Como una vez al mes
- d - Como una vez cada tres meses
- e - Como dos veces al año
- f - Una vez al año o menos

39. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
40. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
41. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
42. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
43. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
44. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
45. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mi mismo(a):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
46. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de mi mismo(a):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

47. Se me permitía (o permite) escoger a mis propios amigos(as):
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
48. Se me permitía (o permite) decidir cómo pasar mi tiempo libre:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
49. Mi padre (o tutor) me mostraba su afecto o cariño:
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
50. Mi madre (o tutora) me mostraba su afecto o cariño:
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
51. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o a un problema, mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
52. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o a un problema, mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba.
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
53. De chico(a) yo me enfermaba:
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
54. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

55. Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro:
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
 - b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
56. Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
57. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc):
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% de las veces)
 - b - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% de las veces)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
58. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mí o de mis hermanos(as):
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% de las veces)
 - d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% de las veces)
59. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse:
- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% de las veces)
 - b - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
 - c - A veces si, a veces no (40% a 60% de las veces)
 - d - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
 - e - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
60. Cuando yo era chico(a), aparte de mis padres (naturales o adoptivos), había otro(s) adulto(s) que era(n) importante(s) para mí:
- a - Si
 - b - No
61. Si respondiste "si", este (o estos) adulto(s) era(n) (Señala sólo el más, o los dos más importantes para tí):
- a - un hermano mayor
 - b - una hermana mayor
 - c - un tío
 - d - una tía
 - e - un abuelo
 - f - una abuela
 - g - padrastro
 - h - madrastra
 - i - un medio hermano
 - j - una media hermana
 - k - otro pariente
 - l - un(a) vecino(a)
 - m - Otro (anota relación o parentesco en la hoja de respuestas)
62. Este adulto o adultos era(n) importante(s) porque: (anota en la hoja de respuestas)

63. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

64. La más importante de esas experiencias fue: (anota en la hoja de respuestas)

65. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:

- a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

66. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí:

- a - Si
- b - No

67. La persona que abusó de mí era (o fue) (anota en la hoja de respuestas qué era tuya esa persona, su nombre no es necesario):

68. La escuela me:

- a - Gustaba mucho
- b - Gustaba
- c - Ni me gustaba ni me disgustaba
- d - Disgustaba
- e - Disgustaba mucho

69. En cuanto a deportes o actividades físicas, yo practicaba: (marca sólo uno, o los dos más importantes).

- a - correr ("jogging")
- b - ciclismo
- c - natación
- d - ejercicio en gimnasio
- e - carreras de competencia
- f - futbol soccer
- g - futbol americano
- h - basquetbol
- i - beisbol
- j - softbol
- k - Ninguno
- l - otro (anota cuál en la hoja de respuestas)

70. En ese deporte o actividad yo era:

- a - Muy bueno(a)
- b - Bueno(a)
- c - Regular
- d - Malo(a)
- e - Muy malo(a)

71. Actualmente practico:

- a - correr ("jogging")
- b - ciclismo
- c - natación
- d - ejercicio en gimnasio
- e - carreras de competencia
- f - futbol soccer
- g - futbol americano
- h - basquetbol
- i - beisbol
- j - softbol
- k - Ninguno
- l - otro (anota cuál en la hoja de respuestas)

72. Practico esta actividad física o deporte:

- a - diariamente
- b - dos o tres veces por semana
- c - una vez a la semana
- d - dos o tres veces al mes
- e - una vez al mes o menos

73. En la escuela yo hacía amistades:

- a - Con mucha dificultad
- b - Con dificultad
- c - Ni fácil ni difícilmente
- d - Con facilidad
- e - Con mucha facilidad

74. ¿Tuviste algún amigo(a) que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?

- a - Sí
- b - No

75. Ahora, ¿tienes amigo(s) que consideres cercano(s)?

- a - Sí
- b - No

76. Si sí, ¿como cuántos?:

- a - Uno
- b - Dos
- c - Tres
- d - Cuatro
- e - Cinco o más

77. Mi presente trabajo u ocupación es: (anota en la hoja de respuestas)

- a - ...
- b - Actualmente no tengo trabajo

78. Mensualmente gano en pesos:

- a - 300,000 o menos
- b - de 300,000 a 500,000
- c - de 500,000 a 800,000
- d - de 800,000 a 1,100,000
- e - de 1,100,000 a 1,500,000
- f - de 1,500,000 a 1,800,000
- g - dos millones o más

79. ¿Cuántos trabajos has tenido en los últimos dos años?

a - ninguno b - uno c - dos d - tres e - cuatro o más

80. Mi presente trabajo:

a - Me gusta mucho
b - Me gusta
c - Ni me gusta ni me disgusta
d - Me disgusta
e - Me disgusta mucho

81. Este trabajo, he pensado en dejarlo:

a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

82. Tengo problemas porque gasto más de lo que gano:

a - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
b - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
c - A veces si, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
e - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

83. Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran), (cómo te llevas o llevabas con ellos):

a - Muy malas
b - Malas
c - Regulares
d - Buenas
e - Muy buenas

84. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (o eran):

a - Muy malas
b - Malas
c - Regulares
d - Buenas
e - Muy buenas

85. Cuando en el trabajo yo soy quien supervisa o da las órdenes, mis relaciones con los empleados son (por ejemplo qué tanto se quejan o quejaban de mí):

a - Muy malas
b - Malas
c - Regulares
d - Buenas
e - Muy buenas

86. Mi ocupación actual es principalmente el quehacer doméstico (de arreglo o limpieza de mi propia casa):

a - Si b - No

SI TU RESPUESTA ES "NO" SALTATE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y PASA A LA PREGUNTA 90

87. El quehacer doméstico:

a - Me gusta mucho
b - Me gusta
c - Ni me gusta ni me disgusta
d - Me disgusta
e - Me disgusta mucho

88. Fue decisión mía el dedicarme principalmente al quehacer doméstico:
- a - Si
 - b - No
89. Preferiría dedicarme a otra cosa, que al quehacer doméstico:
- a - Si
 - b - No
90. Tuve mi primera sensación (o interés) sexual como a los... años de edad.
(anota en la hoja de respuestas)
91. La situación en la que la tuve fue: (anota en la hoja de respuestas)
92. Lo que pensé en esa ocasión (o mi reacción fue): (anota en la hoja de respuestas)
93. Tuve mi primera eyaculación/orgasmo como a los: (anota en la hoja de respuestas)
- a - ... años de edad
 - b - Nunca he tenido uno
94. Tengo actividades sexuales sin tener necesariamente relaciones sexuales:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
95. Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los: (anota en la hoja de respuestas)
- a - ... años de edad
 - b - No he tenido
96. Si no, la principal razón por la que no las he tenido es:
(anota en la hoja de respuestas)
97. Más o menos cuando empecé a tener experiencias con el sexo, yo me masturbaba:
- a - Diariamente
 - b - Como una vez a la semana
 - c - Como una vez cada dos semanas
 - d - Como una vez al mes
 - e - Como una vez cada tres meses
 - f - Como dos veces al año
 - g - Una vez al año
 - h - Nunca
98. El masturbarme me hacía sentir culpable:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)
99. Cuando salgo (o salía) con alguien en plan romántico, lo hago (hacia):
- a - Con una misma persona (más o menos estable)
 - b - Con distintas personas

100. Por lo regular, cuando salgo con alguien vamos a: (marca dos)

- a - Reuniones de amigos o conocidos
- b - El cine
- c - Dia de campo (picnic)
- d - Bailes
- e - Fiestas en las que la gente más bien platica
- f - Conciercos
- g - Eventos deportivos o a los toros
- h - Bibliotecas
- i - Museos
- j - Paseos o caminatas
- k - Otras (anota en la hoja de respuestas)

101. Mi vida sexual es:

- a - Muy satisfactoria
- b - Satisfactoria
- c - Un poco satisfactoria
- d - Un poco Insatisfactoria
- e - Insatisfactoria
- f - Muy insatisfactoria

102. (Si eres casado(a) o vives en unión libre). Tuve relaciones sexuales antes del matrimonio (o de juntarnos):

- a - Si
- b - No

103. La decisión de casarnos o vivir juntos fue:

- a - Principalmente mía
- b - Por embarazo
- c - Por razones de dinero
- d - Ambos lo decidimos por igual
- e - Principalmente de mi pareja

104. Me gustaría cambiar mi matrimonio (o el vivir juntos) en cuanto a: (anota en la hoja de respuestas)

105. La parte sexual de mi matrimonio o unión libre, ha sido:

- a - Muy satisfactoria
- b - Satisfactoria
- c - Un tanto satisfactoria
- d - Un poco insatisfactoria
- e - Insatisfactoria
- f - Muy insatisfactoria

106. Tengo relaciones sexuales fuera de mi matrimonio (o mi unión libre):

- a - Si
- b - No

107. De cada diez encuentros sexuales, tengo orgasmo en (número)... de ellos aproximadamente. (Anota en la hoja de respuestas)

108. Tengo (número)... hijos(as)

- a - ninguno
- b - uno
- c - dos
- d - tres
- e - cuatro o más

109. Sus edades y sexo son: (anota en la hoja de respuestas)

110. De estos hijos(as), (anota en la hoja de respuestas)

- a -... (número) fueron embarazos planeados (yo quería tenerlo(la), y
- b -... fueron NO planeados.

111. Actualmente vivo:

- a - Con mis padres (naturales o adoptivos)
- b - Con otros parientes
- c - Con amigos o conocidos
- d - Solo(a)
- e - En casa de huéspedes u hotel

112. Actualmente vivo en:

- a - Casa propia
- b - Casa rentada
- c - Departamento o condominio propio
- d - Departamento rentado
- e - En ningún lugar en particular (donde puedo)
- f - Otro lugar (dí cuál en la hoja de respuestas)

113. El número de recámaras en mi vivienda actual es:

- a - una
- b - dos
- c - tres
- d - cuatro
- e - cinco o más

114. El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:

- a - una
- b - dos
- c - tres
- d - cuatro
- e - cinco o más

115. En cuanto a mis (nuestras) condiciones de vida actuales pienso que:

- a - Tenemos suficiente espacio para todos
- b - Estamos un poco amontonados
- c - Estamos amontonados
- d - Estamos muy amontonados

116. La cantidad mensual que pago (o pagamos) de renta o hipoteca es:
(anota la cantidad aproximada en pesos en la hoja de respuestas)

117. Creo que se me ha tratado mal por razón de mi color, religión, origen o nacionalidad:
- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
 - b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - e - Nunca o casi nunca (menos de 20% del tiempo)

118. Esto me ha pasado en (marca las tres más importantes)

- a - El trabajo
- b - La escuela
- c - El vecindario o barrio
- d - Los lugares donde hago compras
- e - Reuniones sociales
- f - Hoteles o restaurantes
- g - Otro (anota cual en la hoja de respuestas)

119. En cuanto a religión, me crié dentro de la tradición

- a - ... (anota de cuál en la hoja de respuestas)
- b - Ninguna

120. Soy:

- a - Nada religioso(a)
- b - Un poco religioso(a)
- c - Medianamente religioso(a)
- d - Religioso(a)
- e - Muy religioso(a)

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACION Y PACIENCIA!

Problemas de salud más frecuentemente relacionados con el insomnio: las adicciones, la depresión y el suicidio

a) Epidemiología

Datos nacionales

Por cada 13 hombres que consumen por adicción alguna sustancia ilícita (*droga*, en el lenguaje coloquial), hay una mujer adicta. Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998, 11.09% de los varones encuestados respondieron que si han consumido este tipo de sustancias alguna vez en su vida, contra 0.87% de las mujeres que contestaron lo mismo (estas dos últimas cifras suman un total de aproximadamente dos millones de personas). Por su parte, la encuesta de consumo elaborada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INP) en alumnos de enseñanza media y media superior (10,578 estudiantes de secundaria, bachillerato y bachillerato técnico) en el Distrito Federal revela que el consumo de alcohol llega, en los hombres, a 34%, y en las mujeres, a 29.9%. En esa misma población, el tabaco afecta casi por igual a hombres (52.5%) y a mujeres (48.9%), y el consumo de cualquier sustancia adictiva es mayor para los hombres, en un 16.8%.

La Encuesta Nacional de Adicciones 1998 estima también que 5.27% de la población urbana del país de 12 a 65 años de edad ha consumido algún tipo de sustancia ilegal alguna vez en su vida; 4.7% ha recurrido a la marihuana, 1.45% a la cocaína, 0.8% a los inhalables, 0.36% a los alucinógenos y 0.09% a la heroína. En la encuesta SEP-INP, los porcentajes son: marihuana, 5.8%; cocaína, 5.2%; tranquilizantes, 4.8%, e inhalables, 4.3%. A pesar de ser altamente tóxicos y de acceso generalizado (el tabaquismo y el alcoholismo son graves problemas sociales, pues diariamente mueren en el país 144 personas por causa del primero y se pierden, cada año, más de un millón de años de vida saludable por consumo de alcohol), el alcohol y el tabaco no figuran en las estadísticas oficiales sobre consumo de "drogas", por ser de las consideradas *legales* (aunque los estudios señalan que 60 por ciento de los mexicanos consumen alcohol por lo menos una vez a la semana). Aunque perfectamente válida en el ámbito coloquial, la palabra *droga* sigue remitiendo únicamente a las sustancias prohibidas y hasta satanizadas.

Hay, en el país, aproximadamente 400 mil adictos a los enervantes, 13.5 millones de fumadores y más de 3 millones de consumidores de alcohol (y, según datos publicados por la Secretaría de Salud, 6 millones de personas que abusan del alcohol). El consumo de cocaína aumentó de 0.33% en 1988 a 1.45% en 1998. En la capital, el consumo de esta sustancia ascendió de 4% en 1986 a 39% en 1997. El porcentaje de casos atendidos en los Centros de Atención Juvenil (CAJ) que la usaban creció de 6% en 1990 a 16% en 1997.

En total, consumen *drogas* en México cerca de 15 millones de personas, y no 800 mil, como afirman las autoridades federales. Más de 50% de la población total, es decir, 50 millones de personas, tienen contacto con el fenómeno de la farmacodependencia. Esto según Rogelio Araujo Monroy, académico del departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana, en su libro *Barrios terapéuticos: Identidades sociales y cura comunitaria*.

Según el doctor Agustín Vélez, del Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic), algunos de los factores que propician el consumo de sustancias adictivas son: la curiosidad de la juventud y su búsqueda de sensaciones posiblemente placenteras, la presión del círculo de amistades (cuando éstos son consumidores habituales) y la disponibilidad de las sustancias. En promedio, cada familia destina entre 5 y 7% de su presupuesto a comprar alcohol y tabaco. Como medidas de salud, para controlar y disminuir el consumo de enervantes, es urgente que se implanten políticas como, por ejemplo, la de gravar estas sustancias con mayores impuestos.

Según la encuesta SEP-INP, en los últimos siete años la proporción de adolescentes que consumen cocaína aumentó de 1.6 a 5.2%, y el uso de marihuana ascendió de 3 a 5.8%. El consumo de sustancias adictivas afecta en mayor medida a los adolescentes de escuelas de bachillerato técnico (23.1%), en segundo lugar a los de bachillerato no técnico (19.9%) y, por último, a los de secundaria (10.5%), y las mujeres han incrementado su consumo. En este tipo de población, las sustancias de mayor preferencia son: los tranquilizantes (5.8%), la marihuana (3.3%), los inhalables (3.1%) y la cocaína (2.9%). En secundaria, 22.6% de los adolescentes han consumido alcohol en el último mes; en los bachilleratos técnicos, 50.1%, y en los bachilleratos no técnicos, 43.4%. En el bachillerato técnico se prefiere la marihuana y la cocaína (ambos con 11.1%); en el bachillerato no técnico, la marihuana (9.8%) y la cocaína (7.8%), y en la secundaria, los inhalables (4.3%).

De acuerdo con información reciente del Gobierno del Distrito Federal, el consumo entre niños de 11 y 12 años de la Ciudad de México se incrementó en los últimos tres años: de 12 a 14% (aquí sí se incluyen el alcohol y el tabaco). Según Raquel Sosa, secretaria de Desarrollo Social del DF, en ese mismo periodo las adicciones en las escuelas ascendieron de 12 a 14.7%: de 1,500,000 niños y jóvenes estudiantes, 180,000 han probado alguna sustancia o son consumidores.

(Datos tomados de las notas: "Uno de cada cinco adolescentes ingirió más de 5 copas de alcohol en el último mes: SEP: En el DF, el consumo de drogas entre bachilleres y universitarios se triplicó: Tranquilizantes, marihuana e inhalantes, los de mayor demanda, revela encuesta", de Karina Avilés, *La Jornada*, martes 27 de noviembre de 2001, p. 30, sección Política; "Intensifican autoridades lucha contra las adicciones: Estudio señala que 60% de la población ingiere alcohol al menos una vez a la semana: Aumento considerable en el consumo de drogas entre los menores de edad del DF", firmada por la AFP, *La Jornada*, lunes 29 de abril de 2002, p. 49, y "Usan drogas 15 millones de mexicanos: Académico", de José Galán; *La Jornada*, domingo 25 de noviembre de 2001, p. 32, sección Política.)

En opinión de Patricia Uribe Zúñiga, directora general del Centro Nacional para la Prevención del VIH-SIDA, en particular entre los jóvenes la adicción a sustancias es vista con naturalidad. Al estar bajo el influjo de sustancias ilícitas o alcohol, tienden a practicar conductas de riesgo, como tener relaciones sexuales sin protección contra la transmisión del VIH.

Las áreas urbanas concentran a la mayor parte de los usuarios mexicanos de sustancias adictivas, pero es en las ciudades fronterizas del norte donde se registra el mayor incremento de adictos, debido a que los cargamentos de narcóticos aún tienen como destino principal al vecino del norte.

(Datos tomados del artículo "Esta información no es nociva para nadie: Adicciones y VIH/SIDA", de Fernando Camacho, aparecido en *Letra S; salud, sexualidad, sida*, suplemento mensual de *La Jornada*, no. 60, jueves 5 de julio de 2001, y de "Las adicciones, problema grave de salud en México: El consumo de cocaína aumentó en el DF de 4% en 1986 a 39% en 1997", nota de Carolina Gómez Mena, *La Jornada*, viernes 17 de agosto de 2001, p. 42, sección Sociedad y justicia.)

Prevalencia del consumo de sustancias adictivas "alguna vez en la vida" por ciudades por sexo, 1998

<u>Ciudad</u>	<u>Porcentaje general</u> <u>(1997)¹</u>	<u>Porcentaje por sexo (m/h)</u> <u>(1998)²</u>
Tijuana, B.C.	14.7	4.5 / 27.9
Ciudad Juárez, Chih.	9.2	2.8 / 16.7
Guadalajara, Jal.	7.6	1.2 / 15.4
México, D.F.	7.28	1.4 / 14.9
Monterrey, N.L.	4.19	1.3 / 7.7
Matamoros, Tamps.	3.62	0.9 / 7.0
Promedio nacional	6.2 ³	0.9 / 11.1

Notas:

¹ Del artículo y la nota citados de F. Camacho y de C. Gómez Mena, respectivamente.

² Datos tomados de la Encuesta Nacional de Adicciones (Enadic) 1998. Resultados publicados en *El consumo de drogas en México: Diagnóstico, tendencias y acciones*. Secretaría de Salud (Ssa) y Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic), México, 1999. Publicados también en *Mujeres y hombres en México*. INEGI, México, 2001.

³ Según el doctor Víctor Manuel Guisa, director general de los CIJ, la cifra de este rubro es 5.27% (F. Camacho, *op. cit.*).

Consumidores de sustancias ilegales por experiencia de consumo y sexo por tipo de droga ilegal, 1993¹

Mujeres	Mariguana	Cocaína	Heroína	Inhalantes
Alguna vez en la vida	133,433	16,970	2,324	25,582
Últimos 12 meses	21,000	5,277	0	1,674
Últimos 30 días	9,170	0	0	1,010
Hombres	Mariguana	Cocaína	Heroína	Inhalantes
Alguna vez en la vida	1,277,041	218,570	25,901	186,897
Últimos 12 meses	226,300	90,108	12,815	69,313
Últimos 30 días	126,143	36,943	0	47,154

Notas:

¹ Datos tomados de la *Encuesta Nacional de Adicciones (Enadic): Drogas ilegales*. Secretaría de Salud. México, 1993. Publicados también en *Mujeres y hombres en México*. INEGI, México, 2001.

Consumidores "alguna vez en la vida" de sustancias ilegales por grupos de edad según sexo, 1993¹

Edad	Total	Mujeres	Hombres
Total	1,589,716	175,681	1,414,035
10-18	196,575	23,569	173,007
19-25	489,750	50,665	439,086
26-34	459,520	57,853	401,667
35-44	252,106	18,193	233,913
45-65	191,765	25,402	166,363

Notas:

¹ Datos tomados de *Mujeres y hombres en México*. INEGI, México, 2001.

Consumidores de drogas médicas por experiencia de consumo y sexo según tipo de droga, 1993¹

Mujeres	Opiáceos	Depresores del SNC ²	Otros depresores	Estimulantes
Alguna vez en la vida	1,184,035	2,531,881	696,112	718,417
Últimos 12 meses	308,948	795,796	150,784	152,481
Últimos 30 días	86,344	300,547	41,667	67,966
Hombres	Opiáceos	Depresores del SNC ²	Otros depresores	Estimulantes
Alguna vez en la vida	866,145	1,460,151	357,214	244,092
Últimos 12 meses	288,818	422,654	111,514	89,037
Últimos 30 días	82,532	183,094	43,840	30,569

Notas:

¹ Datos tomados de *Mujeres y hombres en México*. INEGI, México, 2001.

² Iniciales de *sistema nervioso central*.

Según la ONU, alrededor de 200 millones de personas mayores de 15 años de todo el mundo consumían algún tipo de sustancia ilícita a finales del pasado siglo (el siglo XX). En primer lugar, la *Cannabis* (144 millones), seguido de los estimulantes anfetamínicos (29 millones), la cocaína (14 millones) y los opiáceos (13.5 millones, incluidos 9 millones de heroínómanos). De éstas, la cocaína y la heroína registran hoy un aumento constante (véase artículo y nota citados de F. Camacho y de C. Gómez Mena, respectivamente).

Según Adriana Escobar Bustamante, directora del Centro de Atención a las Adicciones y Riesgos Victimales (Cariva) de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF), se ha detectado que es cada vez mayor el número de las allí llamadas "adolescentes experimentadoras". Del total de casos de consumidores, 80% son hombres y el resto son mujeres, y en ambos casos la mayoría comenzó a consumir o probar este tipo de sustancias entre los 8 y los 12 años de edad; sin embargo, el consumidor se ubica entre los 23 y los 50 años. Entre los adolescentes, la mayoría refiere que la primera vez que probó estas sustancias fue dentro del círculo de amigos. Generalmente los que llegan a esta institución ya no están estudiando o les está yendo mal en la escuela y/o provienen de un ambiente familiar o comunitario disfuncional. El mayor número de ellos viven en la Delegación Iztapalapa (véase la nota "Buscan prevenir delitos derivados de adicciones", de Susana González G., *La Jornada*, lunes 27 de agosto de 2001, p. 46, sección La capital).

Si bien es cierto que las adicciones afectan más frecuentemente a los hombres, cuando éstas afectan a las mujeres las consecuencias y costos sociales son mayores. Un ejemplo reciente han sido los efectos de la epidemia del *crack* (forma cristalizada de la cocaína, altamente adictiva) que ha azotado a las grandes metrópolis de Estados Unidos durante las últimas dos décadas. Al inicio de la epidemia en los años ochenta, las bandas de traficantes enfocaron sus esfuerzos de venta en mujeres jóvenes y adolescentes. Las consecuencias han sido devastadoras, particularmente en la población urbana afroamericana y la hispana, en las que las mujeres han sido tradicionalmente los pilares.

Se calculó que durante los últimos cinco años alrededor de medio millón de niños fueron hijos de una madre adicta a alguna sustancia. Asociada a este fenómeno, la tasa de homicidio juvenil se incrementó cinco veces más rápido que lo observado entre los adultos.

Las adicciones afectan también a los niños y a las personas de la tercera edad, pero en los primeros se observa con un mayor dramatismo. Además, una de las más graves expresiones de la depresión son los intentos de suicidio, que se dan tanto en niños como en adultos. Por otra parte, es necesario propiciar un espacio de discusión entre los jóvenes, las instituciones públicas y las organizaciones no gubernamentales para conocer las formas de trabajo y potenciar la cobertura de acciones preventivas frente al creciente uso y abuso de sustancias adictivas en la sociedad en general.

(Información presentada por el doctor Guido Belsasso y el doctor José Castrejón, comisionado nacional y secretario técnico del Conadic, respectivamente, durante el foro nacional *La participación juvenil en la prevención de las adicciones*, organizado por el Instituto Mexicano de la Juventud; véase la nota "Se incrementa la depresión entre habitantes de países desarrollados: En 2020 será la segunda enfermedad más frecuente: Preocupantes índices de suicidio en México: Belsasso", de C. Gómez Mena y J. A. Román, *La Jornada*, jueves 20 de septiembre de 2001, p. 37, sección Política.)

Logros importantes

Según el Conadic, algunos de los avances recientes en México incluyen la incorporación de fármacos para el tratamiento del tabaquismo al cuadro básico de medicamentos del sector Salud, el diseño de un programa para prevenir el alcoholismo en la población indígena y el inicio del funcionamiento de 23 redes de combate a las adicciones y 490 comités regionales, que controlarán la disponibilidad de bebidas alcohólicas y tabaco, sobre todo entre menores de edad (véase la nota de la AFP, citada más arriba).

b) Enfermedades mentales: depresión y suicidio

Datos nacionales

Según información de la Ssa, en México 8% de la carga total de enfermedades corresponde al área neuropsiquiátrica. Actualmente cuatro millones de personas sufren depresión y seis millones más tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol. A nivel mundial, más de 500 millones de individuos tienen problemas mentales. Algunos estudios señalan que hasta 36% de los menores en edad escolar están deprimidos, un porcentaje similar de ancianos también están afectados, así como un 40-70% de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes. (Véase la nota "Males mentales están vinculados con la mitad de muertes: especialista", de A. Cruz, *La Jornada*, jueves 11 de octubre de 2001, p. 30, sección Política.)

En opinión del psiquiatra Luis Guillermo Ruiz (del Centro Médico Nacional), una estrategia de salud contra la depresión requiere aumentar el número de psiquiatras en hospitales públicos pues, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se ofrecen 300 mil consultas psiquiátricas al año, y sólo se cuenta con 227 especialistas, por lo cual cada uno ofrece más de mil consultas al año. (Véase la nota "Se deprimen más las mujeres: Estadísticas sobre mexicanas", de A. Cruz, *Reforma*, jueves 20 de septiembre, 2001, sección Ciencia, p. 3c.)

La encuesta SEP-INP ya mencionada encontró que 32.4% de la población analizada dijo haber utilizado pastillas o medicamentos como método para intentar suicidarse.

Datos internacionales

La mitad de las muertes en el mundo están vinculadas con padecimientos mentales. El peso económico y social es muy grande, pero la atención y los recursos económicos destinados a este rubro son pobres, incluso en los países desarrollados, debido a que la salud mental ha sido considerada, erróneamente, más un problema moral. Según Charles Nemeroff profesor de psiquiatría y ciencias de la conducta de la Facultad de Medicina de la Universidad Emory (Atlanta, Georgia), la disminución de la productividad, la pérdida de empleos y el gasto en medicinas para aliviar la depresión, entre otros factores, implicaron en 1992 un costo de 43,700 millones de dólares en Estados Unidos (véase la página: <http://www.cs.wisc.edu/~caitlin/papers/Prozac/>).

En Estados Unidos, el suicidio es la octava causa de muerte y registra una frecuencia mayor que las defunciones por sida. (Véase la nota citada de A. Cruz del jueves 11 de octubre de 2001.)

➤ **Arquitectura del sueño:**

Etapa 1: Sueño no MOR (sin movimientos oculares rápidos) con ondas de bajo voltaje a una frecuencia de tres a siete ciclos por segundo o hertzios; transición entre la vigilia y el sueño.

Etapa 2: Sueño no MOR marcado por la aparición de espigas de sueño y/o complejos K.

Etapa 3: Sueño no MOR con ondas delta que ocupa 20 a 50% de la actividad electroencefalográfica (EEG).

Etapa 4: El periodo más profundo de sueño no MOR, en el que las ondas delta representan más del 50% de la actividad EEG.

➤ **Despertar:** Tiempo en el que la persona estuvo despierta después del inicio del sueño y antes del final del periodo de registro.

➤ **Eficiencia del sueño:** Proporción entre el tiempo que la persona estuvo dormida (tiempo de sueño) y el periodo total de registro.

* **Enuresis nocturna:** Incontinencia urinaria producida durante el sueño. Suelen padecerla un 5% de los pacientes afectados de apneas de sueño.

➤ **Excitación/Alerta [Arousal]:** a) En la PSG, periodo de vigilia de 30 segundos o más de duración.

* b) Cambio brusco desde el sueño profundo hacia una fase más superficial que puede conducir o no a un despertar.

* **Fragmentación del sueño:** Interrupción de los estados del sueño por despertares o por la aparición de otros nuevos estados.

* **Higiene del sueño:** Hábitos y prácticas tendientes a lograr un sueño continuo, como la regularidad en el horario, la restricción de bebidas excitantes (cafeína, alcohol), etc.

* **Insomnio:** Dificultad para dormir cuyo origen reside en varios factores.¹

➤ **Latencia de sueño:** Tiempo desde que se apaga la luz en el laboratorio de sueño hasta que aparecen 10 minutos de etapa 2 de sueño con una interrupción de no más de 2 minutos de despertar o de etapa 1.

- ✓ **Mantenimiento/Permanencia del sueño:** Proporción entre el tiempo que la persona estuvo dormida (tiempo de sueño) y el periodo de registro total después del inicio del sueño.
- ✓ **Mediciones del sueño MOR (sueño con movimientos oculares rápidos):**

 - Actividad MOR:** Cada minuto de sueño MOR se evalúa con una escala de nueve puntos (0-8) en cuanto al número de movimientos oculares rápidos; la actividad MOR es el puntaje obtenido en toda la noche.
 - Densidad MOR:** Proporción entre la actividad MOR y el tiempo MOR.
 - Intensidad MOR:** Proporción entre la actividad MOR y el tiempo de sueño.
 - Latencia MOR:** Tiempo en minutos desde el inicio del sueño hasta el primer periodo de sueño MOR.
 - Periodo MOR:** Aparición de por lo menos tres minutos seguidos de sueño MOR separados de la siguiente aparición de sueño MOR por un mínimo de 20 minutos de sueño no MOR.
 - Tiempo MOR:** Tiempo total en minutos de sueño MOR.
- * **Narcolepsia:** Necesidad irresistible de dormir en cualquier circunstancia. La causa es desconocida, aunque se presume que se trata de un mecanismo de defensa cerebral frente a la privación de sueño.¹
- * **Polisomnografía (PSG):** Estudio del sueño realizado mediante un polisomnógrafo.
- * **Polisomnógrafo:** Equipo destinado a valorar la respuesta de distintos parámetros corporales durante el sueño.
- ✓ **Registro total de sueño:** Medición del tiempo total en minutos desde la conexión inicial hasta el final del registro.
- * **Ritmo circadiano:** Ciclo de sueño-despertar que coincide con los ciclos de luz solar y que regula las funciones psicológicas y de comportamiento.

- * **Sueño MOR** (acrónimo² de *movimientos oculares rápidos*) o **REM** (acrónimo² de *rapid eye movement*): Fase del sueño caracterizada por movimientos involuntarios rápidos de los músculos oculares y en la que se produce el sueño paradójico. En los adultos estos ciclos se producen aproximadamente cada 90 minutos, y ocupan un 20% del tiempo total de sueño.
 - * **Sueño no MOR**: Fase del sueño que consta de una serie de cuatro estados no uniformes del dormir que se producen al principio de la noche y que se caracterizan por la ausencia de movimientos oculares y por un descenso de la curva de actividad cerebral. Precede, en condiciones "normales", a los periodos de sueño MOR.
 - **Tiempo de sueño**: Tiempo en que la persona estuvo dormida después del inicio del sueño, sin incluir cualquier despertar que se haya presentado durante la noche.
 - * **Trastornos del ritmo circadiano**: Aquellos en los que el sueño se produce fuera de las horas nocturnas, lo que puede provocar interferencias con los ciclos de actividad social o laboral.
 - * **Trastornos del sueño**: Disfunciones relacionadas con las fases de descanso.¹
- * Traducido, con modificaciones, del vocabulario publicado en la página: <http://personal.redestb.es/eros/suenyo.htm>.
- Del glosario de términos relacionados con el dormir publicado en Estados Unidos por los Institutos Nacionales de Salud (NIH) (<http://www.nih.gov>).
- ¹ Como puede verse, varias de las definiciones aquí incluidas han sido superadas con las investigaciones de sueño publicadas en los últimos años. No obstante, se incluyeron aquí para fines de comprensión.
- ² Se trata, en realidad, de siglas.

Apéndice D: Cuestionario de sueño

- 1) ¿Cuánto tiempo duerme usted normalmente? ¿Ha cambiado esto? ¿Desde cuándo?
- ¿Cómo duerme normalmente?
 - ¿Ha observado algún cambio reciente en su sueño?
 - ¿De qué clase? ¿Desde cuándo?
 - ¿Se acuesta siempre alrededor de la misma hora?
- 2) ¿A qué hora se acuesta últimamente? ¿Más temprano que en días pasados o más tarde? ¿Desde cuándo?
- ¿Come o bebe algo especial o realiza algún ejercicio antes de acostarse?
- 3) ¿Cuánto tiempo le toma dormir una vez acostado? ¿Tarda mucho en quedarse dormida(o)? En caso negativo, ¿desde cuándo?
- ¿Duerme mejor en la oscuridad, en un cuarto quieto, o con la radio y la luz prendidas?
- 4) ¿Despierta durante la noche? ¿Con qué frecuencia? ¿A qué hora despierta: en las primeras horas de la noche o más hacia la madrugada? ¿Cuánto tiempo permanece levantada(o)? ¿Cuánto tiempo le toma volver a dormirse?
- ¿Dormía bien de niña(o)? ¿Dónde (con quién)?
- 5) ¿Cuándo fue que durmió por última vez la noche entera?
- ¿Cómo funciona su memoria?
- 6) ¿A qué hora despierta en la mañana? ¿Se levanta en seguida? ¿Cómo se siente al despertar? ¿Se da cuenta inmediatamente de que está despierta(o)? ¿Así ha sido siempre? En caso negativo, ¿cómo solía ser antes y desde cuándo ha cambiado?
- 7) ¿Duerme algunas siestas durante el día? ¿Cuánto duran? ¿Con cuánta frecuencia? ¿Es habitual? En caso contrario, ¿cuándo cambió?
- ¿Hace ejercicio: ninguno, mucho, poco?
- 8) ¿Sueña cuando duerme? En su caso, ¿con cuánta frecuencia? ¿Siempre ha soñado? Si no, ¿cuándo cambió?
- ¿Sueña mientras se va quedando dormida(o)?

9) ¿Qué sueña? ¿Cosas presentes o pasadas? ¿Sufre pesadillas? ¿Con cuánta frecuencia? ¿Sueña a colores? ¿Confunde alguna vez sus sueños con su estado de vigilia? ¿Siempre ha sido así? En caso contrario, ¿cuándo cambió?

10) ¿Toma algo para facilitar el sueño? En su caso, ¿qué cosa? ¿Desde cuándo? ¿Bebe alcohol después de las 7 de la tarde? ¿Lo ha hecho siempre? ¿Ha necesitado más alcohol o más medicamento, recientemente, para poder dormir? ¿Desde cuándo?

a) ¿Cuáles otros medicamentos o drogas ha estado tomando?

11) ¿A qué hora se acostó anoche? ¿Tomó algún medicamento para facilitar el sueño? ¿Cuánto tardó en quedarse dormida(o)? ¿Despertó durante la noche? ¿A qué hora? ¿Cuánto tardó en volver a dormirse? ¿A qué hora despertó esta mañana? ¿Se levantó en seguida? En caso contrario, ¿a qué hora? ¿Tuvo algún sueño? ¿Qué soñó? ¿Fue agradable? ¿Tomó alguna siesta hoy? ¿A qué hora y cuánto duró?

12) ¿Utiliza despertador? ¿Despierta por sí misma(o)?

13) ¿Cómo reacciona al alcohol? ¿Puede beber mucho sin que le afecte? ¿Se siente "animada(o)", después de una o dos copas?

14) Cuando se siente melancólica(o), ¿le dan ganas de acostarse o no puede dormir?

15) ¿Qué hace cuando no logra dormir durante la noche?

16) Se han observado patrones alterados de sueño en personas con hipotiroidismo, con embarazo avanzado, con depresión, con agitación mental o con psicosis, con epilepsia, con farmacodependencia o en personas a quienes se les han estado administrando esteroides. ¿Se encuentra usted en alguna de estas categorías?

(Tomado, con modificaciones, del cuestionario incluido en Luce y Segal, 1969/1971, adaptado a su vez del publicado por Thomas Detre y Henry G. Jarecki en su *Modern Psychiatric Treatment*, Lippincott, 1968, modificado a su vez a partir de Anthony Kales, Roy Whitman y otros.)