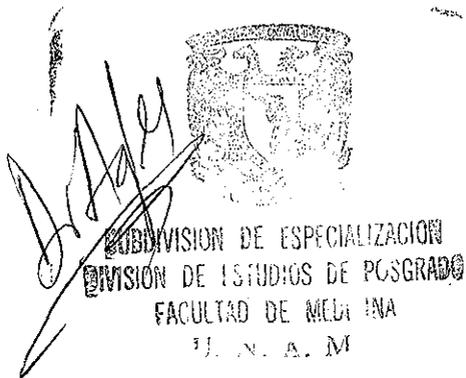


11241

39

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

*"Evaluación de los Trastornos de sueño, mediante un cuestionario Pittsburgh,  
en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada"*



**DR FRANCISCO SHIMASAKI MARTINEZ**

Médico residente de 3er año

**TUTOR TEORICO**

**TUTOR METODOLOGICO**

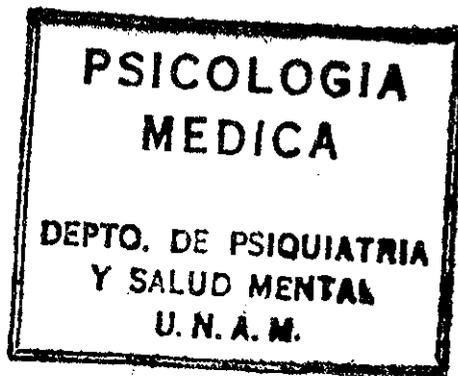
**DRA. CRISTINA BROISSIN FERNANDEZ**

**DR RAFAEL J: SALIN PASCUAL**

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

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

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



~~AÑO: 1998~~

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# **INDICE**

• Justificación.....	1
• Objetivos.....	2
• Material y métodos.....	3
• Marco Teórico.....	5
• Análisis.....	15
• Discusión.....	17
• Conclusión.....	18
• Bibliografía.....	19

## **JUSTIFICACION**

Dado que los pacientes con Trastornos de Ansiedad Generalizada cursan con alteraciones afectivas, podemos suponer que encontraremos más problemas de insomnio en ellos que en una muestra de personas sanas.

## **OBJETIVOS**

### **GENERALES:**

-Evaluar las alteraciones del sueño en pacientes con diagnóstico de Ansiedad Generalizada

### **ESPECIFICOS**

Aplicar la escala de Pittsburgh para Calidad de sueño en pacientes con diagnóstico de Ansiedad Generalizada.

## **MATERIAL Y METODO**

### **VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICION**

La Entrevista Clínica Estructurada para Diagnóstico del Eje I del DSM-IV (*SCID-I*)

La *SCID-I* nos permite categorizar a los pacientes dentro del Eje I del sistema mutiaxial del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Y así poder incluir en el estudio a los pacientes que cumplan los criterios para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

La Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh (*PSQI*)

La *PSQI* es una escala ordinal, la cual permite identificar si existen alteraciones de sueño, la frecuencias y severidad de estas alteraciones.

El estudio se realizó en una población de 20 pacientes, que fueron vistos por primera vez en el servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" y en una población de 20 personas voluntarias.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

a) Pacientes que acudieron por primera vez al servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico

"Fray Bernardino Alvarez", durante el período de tiempo que comprende del mes de marzo al mes de agosto de 1997.

b) Pacientes (hombres o mujeres) de edad mayor a los 18 años y menor a 56 años.

c) Pacientes que cumplieron con los criterios para Trastorno de Ansiedad Generalizada de acuerdo al SCID

d) Personas voluntarias sin patología mental

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

a) Pacientes que padecían otra enfermedad mental

### **METODOLOGIA**

1.- Se hicieron dos poblaciones de 20 sujetos cada una, la primera se integró por pacientes que reunían los criterios para Trastorno de Ansiedad Generalizada del SCID-I y la segunda por 20 personas voluntarias sanas.

2.- Se rechazaron un total de 6 pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión.

3.- Se les aplicó la Escala de Pittsburgh para Calidad de Sueño en ambas poblaciones y se analizaron los resultados.

## MARCO TEORICO

La ansiedad es un rasgo común que se presenta en la mayoría de los padecimientos psiquiátricos, ya sea como un síntoma predominante o en un conjunto con otras manifestaciones de alteraciones emocionales; es por lo tanto de gran utilidad conocer su etiología, fenomenología y clasificación.

### ANTECEDENTES

En 1871, Jacob Mendes Da Costa publicó un trabajo donde narraba la sintomología que presentaban los soldados en la Guerra Civil Norteamericana, ahí describe que en ellos predominaban los síntomas cardíacos, como el dolor en la región cardíaca, palpitaciones, visión borrosa y vértigo . Da Costa no encontró una lesión estructural del corazón y asoció esta alteración a un mal funcionamiento del sistema nervioso simpático ( 7 )

Sus teorías fueron adoptadas y se tomó al síndrome de Da Costa (Corazón Irritable) en una entidad clínica ( 7 )

Freud en 1895 transformó las teorías de Da Costa, centrándose en que la Neurósis de ansiedad era responsable de los síntomas físicos. En su teoría Freud mencionaba que la ansiedad aparecía a causa de una sexualidad insatisfecha y reprimida y sus ideas posteriores mencionó que se debía a causa del conflicto de aparato psíquico ( 7 )

## ETIOLOGIA

Teorías Psicoanalíticas.- Freud hace referencia a la ansiedad en su libro "*Fobias y Obsesiones*", en ese mismo año escribe "*Estudios sobre la Histeria*", en el siguiente año realiza "*Inhibiciones, síntomas y ansiedad*"; gracias a estas obras se entiende la evolución de sus teorías acerca de la ansiedad, y así se puede resumir que la ansiedad es un signo de que un impulso inaceptable que trata de hacerse conciente, y falla el mecanismo de represión e intervienen otros (conversión, desplazamiento y regresión), produciéndose el cuadro neurótico. (7).

Otto Rank sitúa la génesis de la ansiedad al nacimiento. (7)

Harry Stack Sullivan destacó la relación precoz entre madre e hijo donde la madre transmite la ansiedad a su hijo. (7)

Teoría Conductual.- La ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos específicos. Algunas personas generan ansiedad imitando las conductas de los padres. (7)

Teoría existencial.- En esta teoría se maneja la idea de que una persona toma conciencia del profundo vacío de su vida, sentimientos que pueden ser incluso más desagradables que la aceptación de la muerte. (7)

Teorías Neurobioquímicas.- El principal neurotransmisor que se ha asociado a la ansiedad es la norepinefrina, observándose un aumento de su actividad en el locus coeruleus, esta área contiene más del 50% de las neuronas norepinefrínicas y manda sus axones a zonas como la corteza cerebral, el hipocampo, la amígdala, el septum y el hipocampo; esta teoría se basa en estimular la zona del locus coeruleus mediante sustancias químicas y se ha logrado reducir o producir las manifestaciones de la ansiedad. (7) (23).

Otra teoría es la relación GABA-Benzodiacepinas en la región límbica, como se sabe el GABA es un neurotransmisor de tipo inhibitorio de la neurona, y la benzodiacepina actúa como un agonista, pues bien, se cree que hay una alteración en los ligandos endógenos de

tipo de la beta-carbolina o en los moduladores, los cuales están alterados en su síntesis o secreción. ( 7 ) (23)

La Serotonina también juega un papel importante y es muy común observar que está alterada en la ansiedad, esquizofrenia y los trastornos del sueño. ( 7 ) (20)

Teoría Genética.- Diversos estudios han demostrado algunos componentes genéticos en los trastornos de ansiedad. Casi la mitad de todos los pacientes con crisis de angustia tienen un familiar afectado. Otros estudios muestran que los pacientes con ansiedad tienen un familiar de primer grado afectado. ( 7 )

Teorías Neuroanatómicas.- El locus coeruleus y el núcleo de raquí proyectan sobre el sistema límbico y corteza cerebral. El sistema límbico: Interacción de actividad serotoninérgica y noradrenérgica y una concentración elevada de GABA. La corteza cerebral: La corteza del lóbulo frontal está conectada con la región parahipocámpica, el giro cingulado y el hipotálamo; por lo tanto puede estar implicado en la producción de síntomas de ansiedad. La corteza del lóbulo temporal también está involucrada con los trastornos de ansiedad. ( 7 ) (23).

### **SINTOMAS CLINICOS**

Los síntomas principales son la tensión motora, la hiperactividad autossomática y el estado de hiperalerta. La tensión motora se manifiesta por inquietud, dolores de cabeza y temblor. La hiperactividad autónomica suele caracterizarse por la presencia de suspiros, sudoración excesiva, palpitaciones y diferentes síntomas gastrointestinales(diarrea, pirosis, etc). El estado de hiperalerta se caracteriza por una irritabilidad y rápido enojo de los pacientes. (7) (9) (13).

## **DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIONES**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), engloba a los trastornos de ansiedad en un capítulo, en donde se clasifican en:

- Trastornos por crisis de angustia sin agorafobia
- Trastorno de angustia con agorafobia
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
- Fobia específica
- Fobia específica
- Fobia social
- Trastorno Obsesivo -Compulsivo
- Trastorno por stress post-traumático
- Trastorno por stress agudo
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debida a enfermedad médica
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad no especificado

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) categoriza de la siguiente manera:

- F 40 Trastornos de ansiedad fóbica
- F 41 Otros trastornos de ansiedad
- F 42 trastorno Obsesivo-Compulsivo
- F 43 Reacciones a stress agudo y Trastornos de Adaptación
- F 44 Trastornos Disociativos (conversión)
- F 45 Trastornos Somatomorfos
- F 48 Otros Trastornos neuróticos.

Ahora me dedicaré a hablar sobre el Trastorno de Ansiedad generalizada y sobre Sueño y los Trastornos del Sueño, tema central de este trabajo.

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Características Diagnósticas.- La principal característica es la ansiedad y la preocupación excesivas en un período superior a los 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (**Criterio A**). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (**Criterio B**). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y *TRASTORNOS DEL SUEÑO* (**Criterio C**). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos (**Criterio D**). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro laboral o social de otras áreas importantes de actividad (**Criterio E**). Esta alteración no se debe a estados fisiológicos ni a enfermedad médica general, estados psicóticos ni problemas del desarrollo (**Criterio F**). ( 11 )

### **SUEÑO**

El sueño es un estado del organismo regular que se presenta en el ser humano en un tercio de su vida, el sueño tiene una función restauradora y homeostática, y parece ser esencial para la conservación de la energía y de la termorregulación. ( 7 ) (22).

Se han hecho diversos estudios pero es hasta 1929 que Hans Berger inventa el EEG, dando paso a estudios más objetivos sobre el sueño, desde entonces se ha tratado de clasificar siendo Aserinsky y Kleitman en 1952 quienes clasificaron en etapas al sueño. La primera clasificación grande lo divide en dos fases: a) Fase de sueño de movimientos oculares rápidos (SMOR), y b) Fase de sueño sin movimientos oculares rápidos (SNMOR). ( 7 ) (22).

Vigilia.- se caracteriza por una actividad rápida de 14 a 20 ciclos por segundo (cps), que se denomina actividad beta, de bajo voltaje; si el sujeto cierra los ojos, pero permanece despierto se presenta la actividad alfa, que se caracteriza por una frecuencia de 8 a 12 cps. en forma de husos. El sujeto está alerta y responde los estímulos externos. ( 7 ) (22).

Estadio I.-Persiste la actividad beta y hace su aparición una actividad lenta de 2 a 7 cps, hay algunos movimientos corporales y los ojos presentan un movimiento de rodado lento.

Estadio II.-Se caracteriza por ondas agudas llamadas vértex, en las derivaciones centrales; también aparecen los husos de sueño que son trenes de actividad rápida de 12 a 14 cps., que cuando se acompañan de ondas agudas con una deflexión negativa seguida de una positiva, se denominan complejo K.

Estadio III.-Aparece una actividad lenta de 0.5 a 2cps., con un voltaje de 75 uv, en un 20% de una época de registro de sueño. Pueden existir husos de sueño.

Estadio IV.- Aquí la cantidad de ondas lentas es mayor que 50% de la época de registro de sueño u no se observan los husos de sueño.

Estadio SMOR.-Se caracteriza por una activación del EEG que recuerda al trazo del estadio I de sueño, con algunas ondas específicas que recuerdan por su morfología a los dientes de una sierra. Además se observan movimientos oculares en salvas, seguidos de períodos de quietud, hay una hipotonía muscular marcada que se ve interrumpida por pequeños saltos musculares.

Al estadio se le denomina también sueño de transición, sueño ligero o somnolencia. Al estadio II sueño de husos. A los estadios II y IV se les denomina conjuntamente sueño delta, sueño sincronizado o sueño profundo.

Finalmente al SMOR se le llama sueño paradójico.

Estos estadios se suceden a lo largo de la noche en forma cíclica, en un intervalo de aproximadamente 90 minutos. Una vez completado el ciclo se inicia el siguiente; en una noche puede haber de cuatro a seis ciclos. Los primeros ciclos suelen tener todos los estadios del sueño, pero conforme avanza la noche sólo se presentan los estadios II, delta y SMOR. También se ha observado que en la segunda parte de la noche existe mayor cantidad de SMOR que en la primera parte, a este fenómeno se le denomina ritmo de propensión de SMOR. ( 7 )(22)

Mecanismos Neurofisiológicos.-Existen diversas estructuras que producen alertamiento fásico a nivel mesencefálico y que mantienen la vigilia a nivel pontino.( 7 ) (22)

El sueño fisiológico es un estado altamente organizado, que puede ser visto como un sistema con entradas o aferencias, con una parte central integradora y por una serie de eferencias o salidas. Las primeras (aferencias) son los factores que inducen o facilitan el sueño. El organizador central, son las estructuras del tallo y el diencéfalo que se encargan de facilitar o inhibir el sueño; finalmente la salida de estos centros está dada por las manifestaciones EEG, de otras variables fisiológicas y conductuales que se presentan durante la vigilia y en los diferentes estadios del sueño.

Se requiere de la integridad de la corteza cerebral para que aparezcan las ondas lentas, mientras que se necesita la integridad del tálamo para que aparezcan los husos del sueño.

( 7 ) (22)

Mecanismos Neurofisiológicos del SMOR.-Se sabe que el SMOR conjunta una serie de fenómenos fisiológicos que la caracterizan y son los siguientes:

- Desincronización del patrón electroencefalográfico de la actividad cortical.
- Ritmo de actividad theta hipocámpica.

- Atonía de los músculos posturales.
- Potenciales de campo de puente, los núcleos geniculados laterales y la corteza occipital, actividad PGO.
- Movimientos oculares rápidos en salvas.
- Contracciones musculares rápidas aisladas.
- Fluctuaciones en las respuestas cardiorrespiratorias.
- Erección peneana o clitoriana.

### **TRASTORNOS DEL SUEÑO**

El DSM-IV los clasifica en cuatro grandes apartados según su etiología:

- Los trastornos primarios del sueño, que a su vez se subdividen en disomnias (cantidad, calidad y horario del sueño) y en parasomnias (conductas asociadas al sueño, por lo regular anormales).
- Trastorno del sueño relacionado con otro trastorno mental
- Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica
- Trastorno del sueño inducido por sustancias.

El CIE 10 los clasifica en

- F 51 Trastornos no orgánicos del sueño
- F 51.0 Insomnio no orgánico
- F 51.1 Hipersomnio no orgánico
- F 51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia
- F 51.3 Sonambulismo
- F 51.4 Terrores nocturnos
- F 51.5 Pesadillas
- F 51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño
- F 51.9 Trastorno no orgánicos del sueño sin especificación.

Es necesario utilizar terminología estándar para comprender todas las mediciones polisomnográficas, por tal motivo se hace una lista a continuación:

Continuidad de sueño: se define como el promedio total de sueño y vigilia durante la noche. Una buena continuidad indica un sueño consolidado y con pocos despertares; una mala continuidad se refiere a un sueño interrumpido por varios despertares. ( 7 ) (22).

Latencia de sueño: el tiempo que permanece dormido una vez iniciado el sueño, expresado en minutos. ( 7 ) (12).

Despertares intermitentes: el tiempo que se permanece dormido una vez iniciado el sueño, expresado en minutos. ( 7 ) (12)..

Eficacia del sueño: cociente entre el tiempo dormido y el tiempo permanecido en la cama. ( 7 ) (12).

Arquitectura del sueño: se refiere al número y a la distribución de estadios de sueños específicos. Las medidas de la arquitectura del sueño incluyen proporciones absolutas de sueño MOR y cada uno de los estadios de sueño NMOR ( en minutos), proporciones relativas de sueño MOR y de estadios NMOR (expresados en porcentajes de tiempo total de sueño) y la latencia entre inicio del sueño y el primer período MOR (latencia MOR). ( 7 ) (12).

## TRASTORNOS DEL SUEÑO EN PACIENTES CON ANSIEDAD GENERALIZADA.

Al igual que en otros trastornos afectivos, los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada cursan con severos problemas de insomnio.( 1 ) ( 2 ) ( 3 ) (16) (18) (19) (24) Este hecho a causado gran interés entre médicos e investigadores que se han dedicado a estudiar las causas, manifestaciones clínicas, comorbilidad, alteraciones electroencefalográficas y severidad de los síntomas, entre los que destacan los realizados por Silvestri y cols, (24) donde se resume que estos pacientes tienen gran dificultad para iniciar y mantener el sueño, además de una gran reducción significativa del tiempo total y de eficiencia del sueño. Estos resultados son similares al estudio hecho por Bourdet y cols. (3). donde además demostró una aparición de ondas lentas del sueño, un aumento de despertares y aumento de la vigilia durante el sueño ( 3 ) (18)

En los trabajos de electroencefalografía destacan los realizados por Herman y Cols ( 6 ) y Lauer-CJ y cols, (10) quienes afirman que en el EEG se muestra una desincronía de la actividad beta rápida y una hipersincronía en la actividad alfa. La Tomografía axial computarizada (TAC) reveló un alargamiento ventricular.

Para la realización del presente trabajo se escogió la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI), utilizada por Buysse y cols en 1998, el cual la considera un gran instrumento para la práctica psiquiátrica y para la investigación. ( 4 ) . ( 5 )

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

Los resultados que se obtuvieron al aplicar la PSQI en las dos poblaciones arrojaron los siguientes resultados:

-Se observó que del total de la población de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el sexo femenino fué el más predominante con un 55%; esto es similar a los que reporta la literatura (aprox. 55-60%). En la población de voluntarios sanos también se observó mayor frecuencia del sexo femenino(60%) (ver gráfica 1).

-La edad de presentación más frecuente para los pacientes con TAG se observó entre los 36 a 40 años, mientras que en el control la edad predominante se halló entre los 26 a 30 años. (gráfica 2)

-En su primera parte la PSQI trata de valorar si existe algún tipo de disomnia(insomnio primario, hipersomnia, etc.)y los resultados nos dicen que la mayoría de los pacientes con TAG del estudio, se acuestan a dormir entre las 23:00 y 23:30 (70%);(gráfica 3).

-Del total, el 65% tarda más de 90 minutos en dormir, presentando una latencia de sueño alterada. (gráfica 4)

-En comparación con la muestra control, el 60% de los pacientes con TAG se levantan antes de las 6:00 hrs AM. (gráfica 5).

-En la segunda parte se valora la severidad y frecuencia de las alteraciones del sueño halladas en el último mes. Se encontró que el 100% de los pacientes con TAG presentaron gran dificultad para iniciar el sueño en menos de 30 minutos después de haberse acostado, al contrario del grupo control ,donde el 85% no han tenido este problema en el último mes. (gráfica 7).

-Se observó que los pacientes con TAG tienen más despertares nocturnos(gráfica 8) y más "idas" al baño (gráfica 9) que la población control.-

-Los pacientes con TAG tuvieron mayor frecuencia en los Trastornos respiratorios del sueño que la muestra control (gráfica 10). (gráfica 11)

-También fueron más susceptibles a las condiciones climáticas, sintiendo mucho frío el 55% (gráfica 12) y mucho calor por las noches el 45%. (gráfica 13)

-El tener "malos sueños" también fue más frecuente en los pacientes con TAG, ya que el 100% de ellos los padece 3 o más veces por semana.(gráfica 14)

-El 75% de los pacientes con TAG tienen algún tipo de "dolor", mientras la población control sólo la reportó en un 20% del total. (gráfica 15)

-El 85% de los pacientes con TAG califican a su sueño como "muy malo" y el 15% lo califica como "regular"; mientras que el 80% de los controles lo califica de "aceptable". (gráfica 16)

-85% de los pacientes han tomado desde medicamentos o hasta otras sustancias para dormir en el último mes.(gráfica 17)

-El 65% tuvieron problemas para mantenerse despiertos, mientras que en los controles sólo se halló en un 20% del total (gráfica 18)

-El 100% de los pacientes con TAG tuvieron problemas para mantener el entusiasmo, no así el grupo control donde solamente se observó en un 15%. (gráfica 19).

-En la tercera parte del PSQI se pide, si es que existe un acompañante del paciente, mencione algunas alteraciones en su conducta durante el sueño (parasomnias). Se halló que el 75% de los pacientes con TAG tiene un acompañante en la misma.(gráfica 20)

-El 60% de los pacientes fue reportado por el acompañante con problemas de la respiración; ya sea en forma de ronquidos (gráfica 21) o por períodos de apnea (gráfica 22). Existe la presencia de mioclonos nocturnos en el 70% de los enfermos contra el 35% de los controles (gráfica 23) y también mayor frecuencia de períodos de desorientación y confusión al despertar entre los enfermos con un 50%. (gráfica 24)

## DISCUSION

Una vez analizado los resultados se puede comentar, en cuanto a los resultados, que se pudo demostrar que existe la presencia de Trastornos del Sueño en los pacientes con Trastornos de Ansiedad Generalizada; ya que se halló que presentan una mucho mayor latencia de sueño, sueño con más despertares (ir al baño, frío calor, dolor, malos sueños, ronquidos etc), menos horas de sueño, así como más frecuencia en ingerir sustancias para dormir (fármacos, remedios caseros, etc) y ni con el uso de las mismas logran dormir un poco más. En la población control también se advirtieron la presencia de algunos problemas de insomnio, sin embargo nunca fueron con la frecuencia y severidad del grupo de estudio.

En relación con las escalas aplicadas que se usaron para clasificar y calificar, están basadas en los criterios del DSM-IV, por lo que las consideramos de amplia confiabilidad y validez.

Sobre las poblaciones de estudio podemos decir que es en realidad muy pequeña y no tenga uan gran significancia, pero esto se debió a que no es muy frecuente que lleguen al servicio de urgencias del Hospital pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, ya que muchos de ellos quedan en el primer nivel de atención o acuden a la medicina alternativa (ya sea acupuntura, homeopatía, curandéismo, etc.) y también porque culturalmente, no se acostumbra acudir a los servicios de Psiquiatría.

## **CONCLUSIONES**

El haber empleado la Escala de Pittsburgh para Calidad de sueño (PSQI) en este estudio fué de gran utilidad; por que el hablar de sueño, calidad del mismo y otras alteraciones , es hablar sobre cuestiones subjetivas e individuales. Pero gracias a la PSQI logramos transformar lo subjetivo en objetivo.

Así podemos concluir que los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada se asocian muy frecuentemente con Trastornos del sueño, mismo que repercuten en su funcionalidad laboral, social y emocional.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Arriaga-F; Lara-E Matos-Pires-A; Cavaglia-F; Bastos-L Diagnostic relevance of sleep complaints in anxiety and mood disorders. European- Psychiatry 10/8 (386-390) 1995
2. -Arriaga-F; Paiva-T. Clinical a EEG sleep changes in primary dysthymia and anxiety: A comparison with normal controls. Neuropsychobiology 24/3 (109-114) 1990/91.
3. -Boudet-C; Goldenberg-F . Insomnia in anxiety; sleep EEG changes. J\_Psychosom-Res 1994, 93-104
4. -Busysse DJ; Reynolds CF, Monk TH, Derman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Subjective Sleep Quality Index: A new instrument for -sychiatry practice and research. Psychiat-Res 1988;28: 193-213
5. -Busysse-DJ et cols; Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly in men and woman using the Pittsburgh subjective sleep quality index, Sleep 1991; 331-338.
6. -Herman-WM; Winterer G: Electroencephalography in psychiatry -A review of literature. Novenarzt 67/5 (348-359) 1996.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

7. -Kaplan-H-I; Sadock-B; Grebb-JA. Trastornos de ansiedad Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta Psiquiatría Clínica 7a. edición; Edit Panamericana pags 588-627.
8. -Kaplan-H-I; Sadock-B; Grebb-JA Sueño Normal y Trastornos del Sueño. Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de las conductas Psiquiatría Clínica; 7a. edición; Edit. Panamericana pags 716-720.
9. -Labbate-LA; Pollack-MW; Langenauer-S; Rosenbaum-JK. Sleep panics attacks; an association with childhood anxiety and adult. Biol-Psychiatry 33/3 (213-219).1992
10. -López -Ibor JJ.; Valdés- M; Trastornos Neuroticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos CIE 10 Clasificación Internacional de las enfermedades; Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Editorial Meditor 1992. pags175-178 225-237
11. -López-Ibor JJ; Valdés-M; Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. CIE-10. Clasificación Internacional de las enfermedades; Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Editorial Meditor 1992 pags. 217-244.
12. -López-Ibor JJ. Valdés-M; Trastornos de ansiedad DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales. Editorial Masson, S:A: 1996 pags. 401-456.
13. López-Ibor JJ; Valdés-M; Trastornos del sueño DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales; Editorial Masson, S:A: ; 1996 pags 565-624.

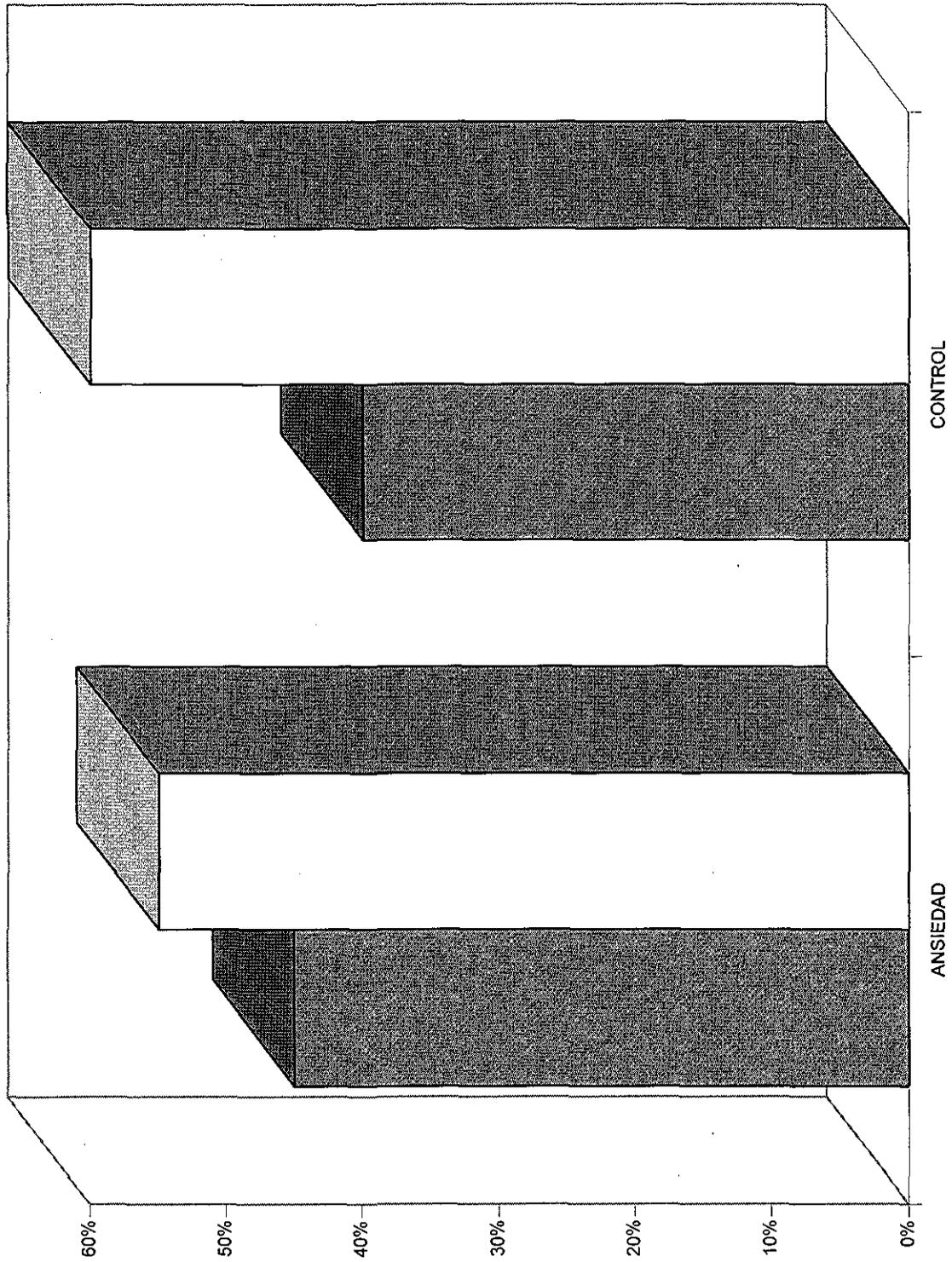
14. Okasha-A; Bishry-Z; Khalil\_AH; Darwish-TA; El Dawla HS; Shondy-A Panic disorders: an overlapping or independent entity? Br-J Psychiatry 164/ june (818-825) 1994.
15. Papadimitriou-GN; Linkowski-P; Kerkhofs-M; Kempnaers-C; Mendlewics-J Sleep EEG recordings in generalized anxiety disorder with significant depression. J affect-disord 15/2 .(113-118) 1988
16. Papadimitriou-GN; Kerkhofs-M; Kempnaers-C; Mend Lewicz-J EEG sleep studies in patients with generalized anxiety disorder. Psychiatry -Res 26/2 (183-190) 1988
17. Petracca-A; Nisita-C; Monair-D; Melis-G; Guerani-G; Cassano GB. Treatment of generalized anxiety disorder: Preliminary clinical experience with buspirone. J:CIN-Psychiatry 51/9 suppl (31-39).
18. Saletu-B; Kosch-G; Gruber-G; Anderer-P; Udomratri-P; Frey First-night effects on generalized anxiety disorder (GAD) based insomnia laboratory versus home sleep recordings. Sleep 19/9 (691-697) 1996
19. Salin-Pascual, RJ; Ortega-Soto HA; Serotonina Bases neurobioquímicas y Psicofarmacológicas de la Psiquiatría y la Psicología. Editorial Cedis México 1989 (pags55-64)
20. Salin-Pascual,RJ; Ortega-Soto, HA; Aminoácidos Neurotransmisores Bases neurobioquímicas y Psicofarmacológicas de la Psiquiatría y la Psicología. Editorial Cedis México 1989 (Pags 65-72)

21. Salin-Pascual,RJ; Ortega-Soto, HA. Neurobioqímica del sueño Bases neurobioquímicas y Psicofarmacológicas de la psiquiatría y al Psicología Editorial Cedis México 1989 (Pags 88-103)
22. Salín-Pascual, RJ; Ortega-Soto, HA; Neurobioquímica de los trastornos de ansiedad Bases neurobioquímicas y Psicofarmacológicas de la Psiquiatría y la Psicología Editorial Cedis México 1989, ( pags 161-166)
23. Sandor-P; Shapiro-CM. Sleep patterns in depression and anxiety: Theory and pharmacological effects. J: Psychosom-Res 1994, 38 suppl 1: 125-139
24. Silvestri-R; De Domenico-P: Sleep in anxiety disorders Neurol-Psychiatr- Sci UM 15/2 (211-229) 1995.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MASCULINO  
FEMENINO

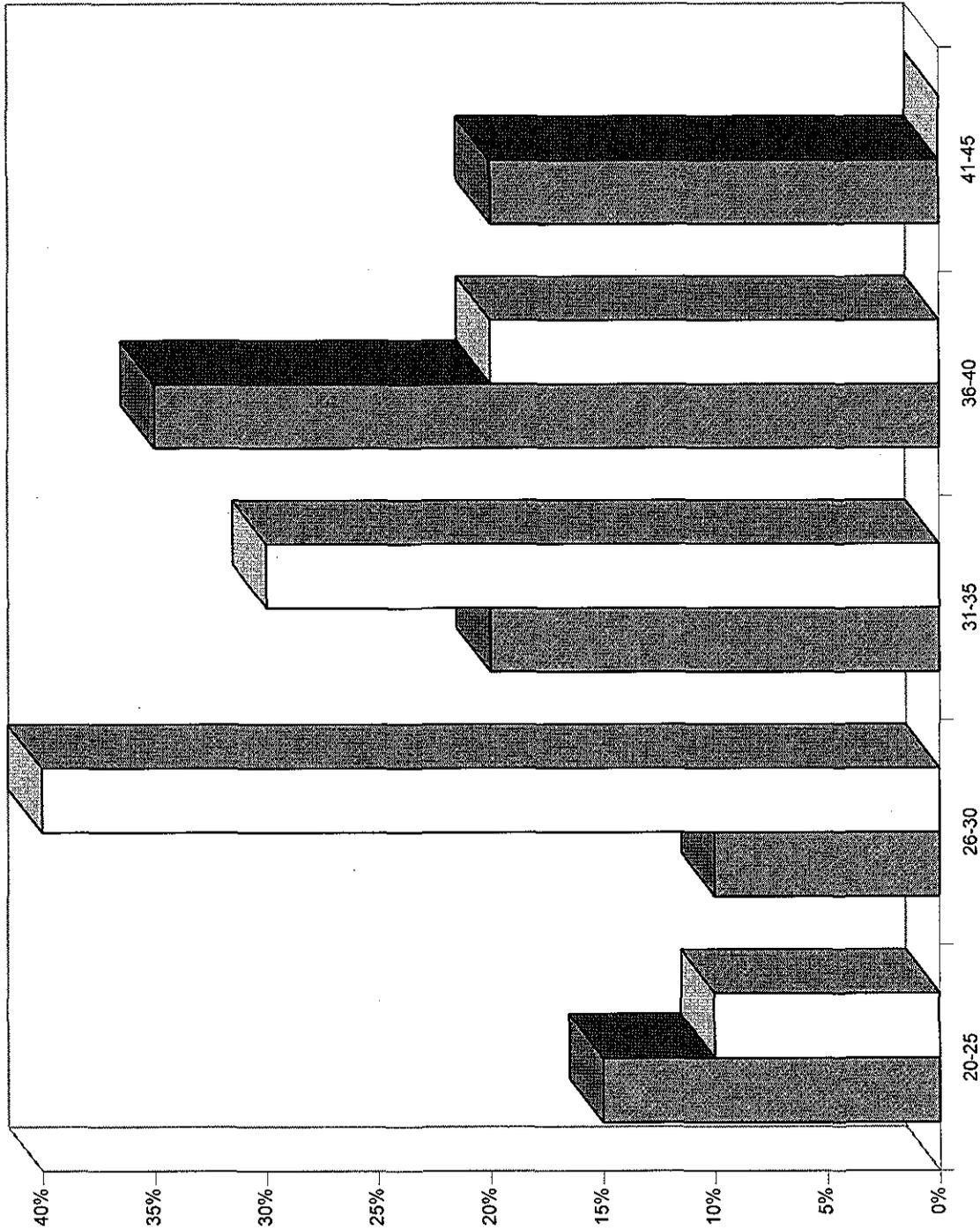
GRAFICA 1 SEXO



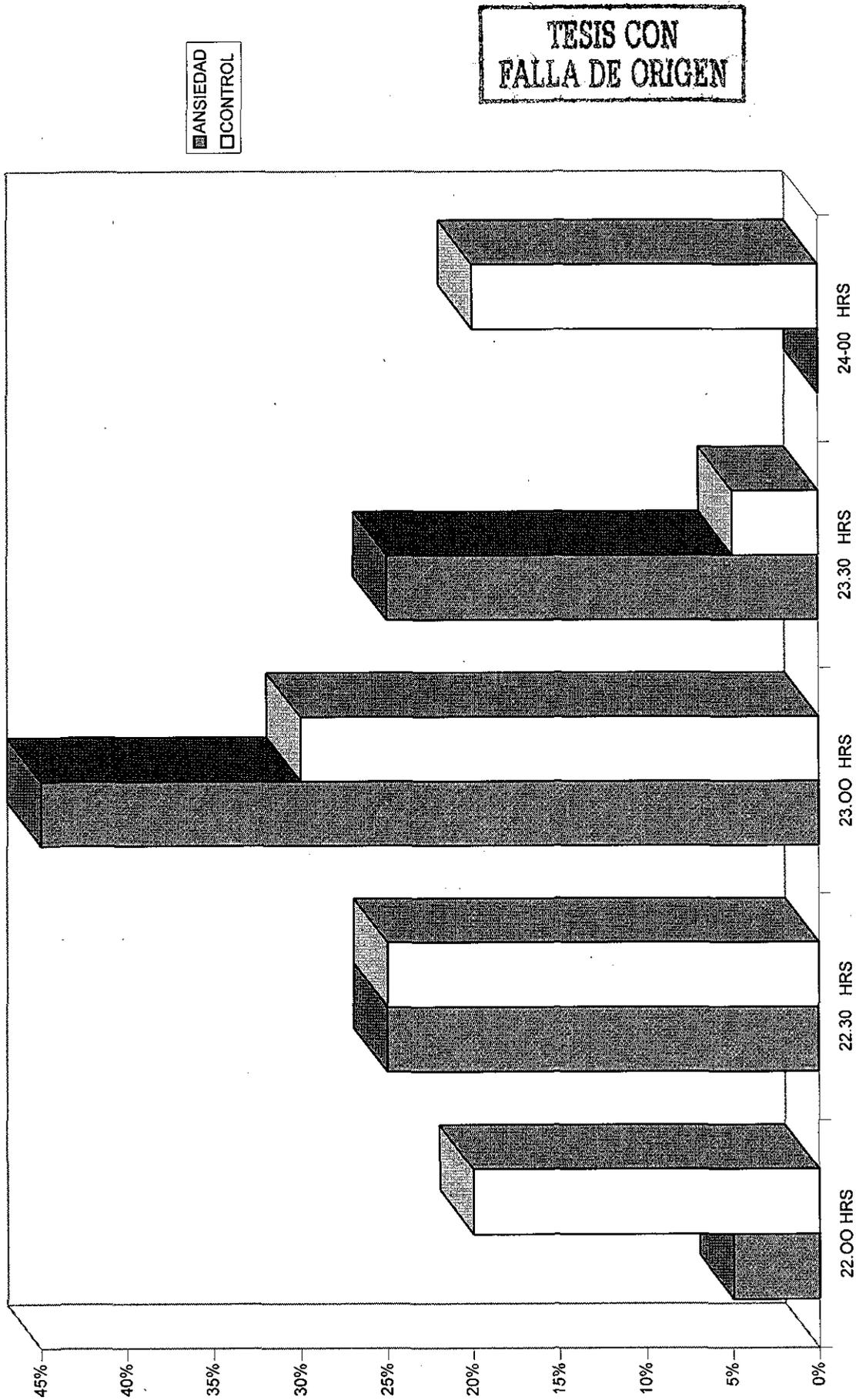
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANSIEDAD  
CONTROL

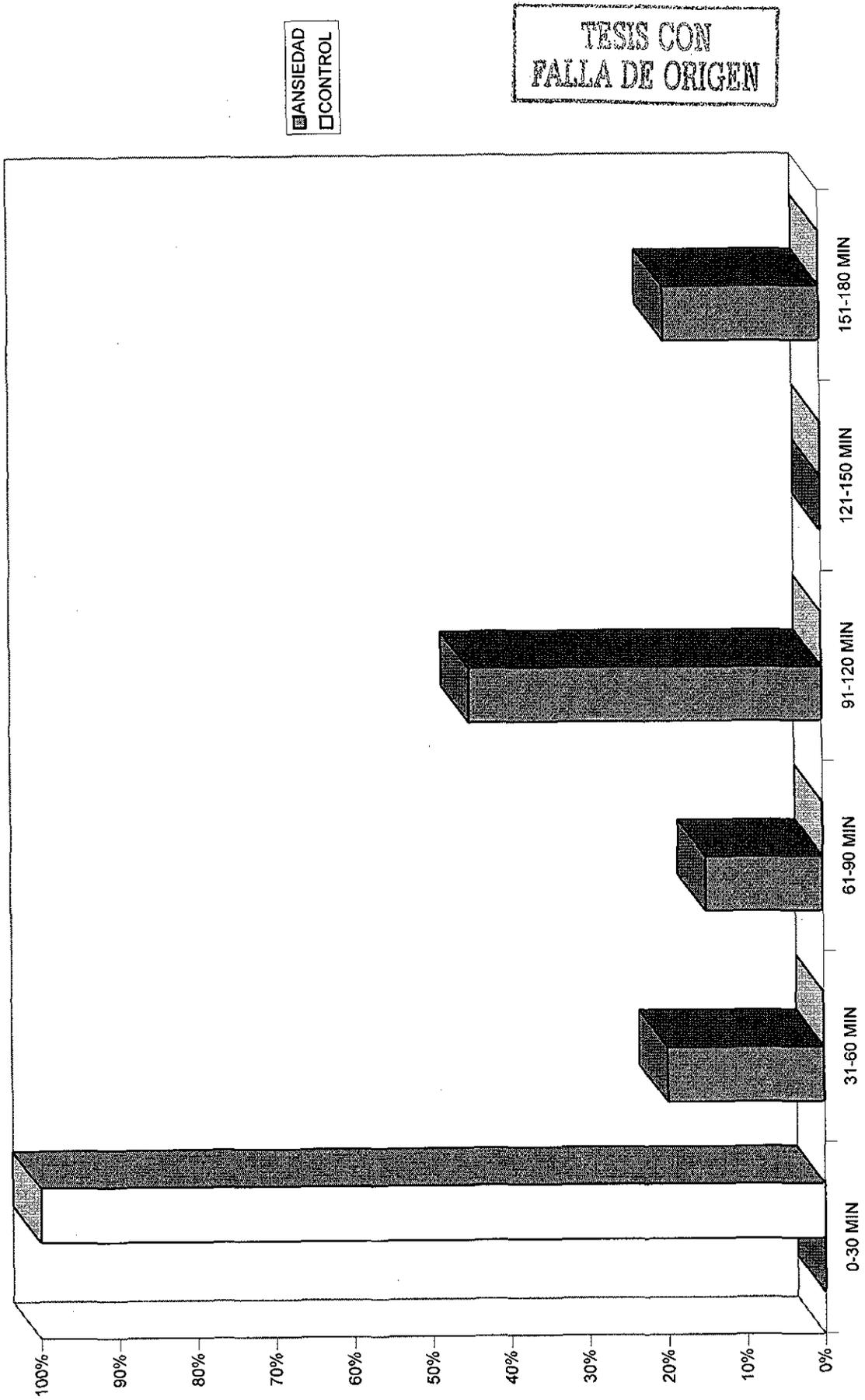
GRAFICA 2 EDAD



GRAFICA 3 HORA DE IR A LA CAMA



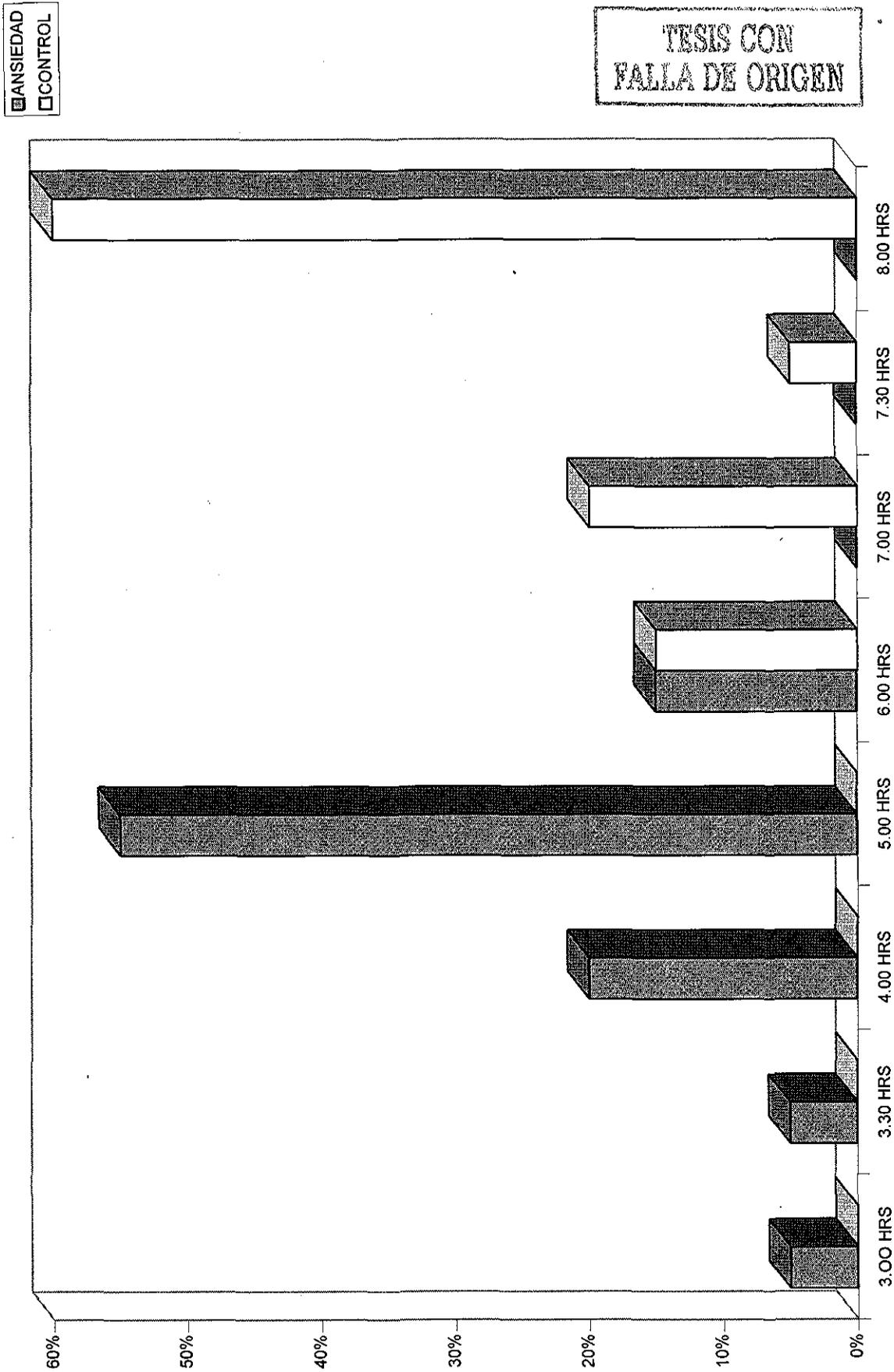
GRAFICA 4 TARDA EN DORMIR



GRAFICA 5 HORA HABITUAL DE DESPERTAR

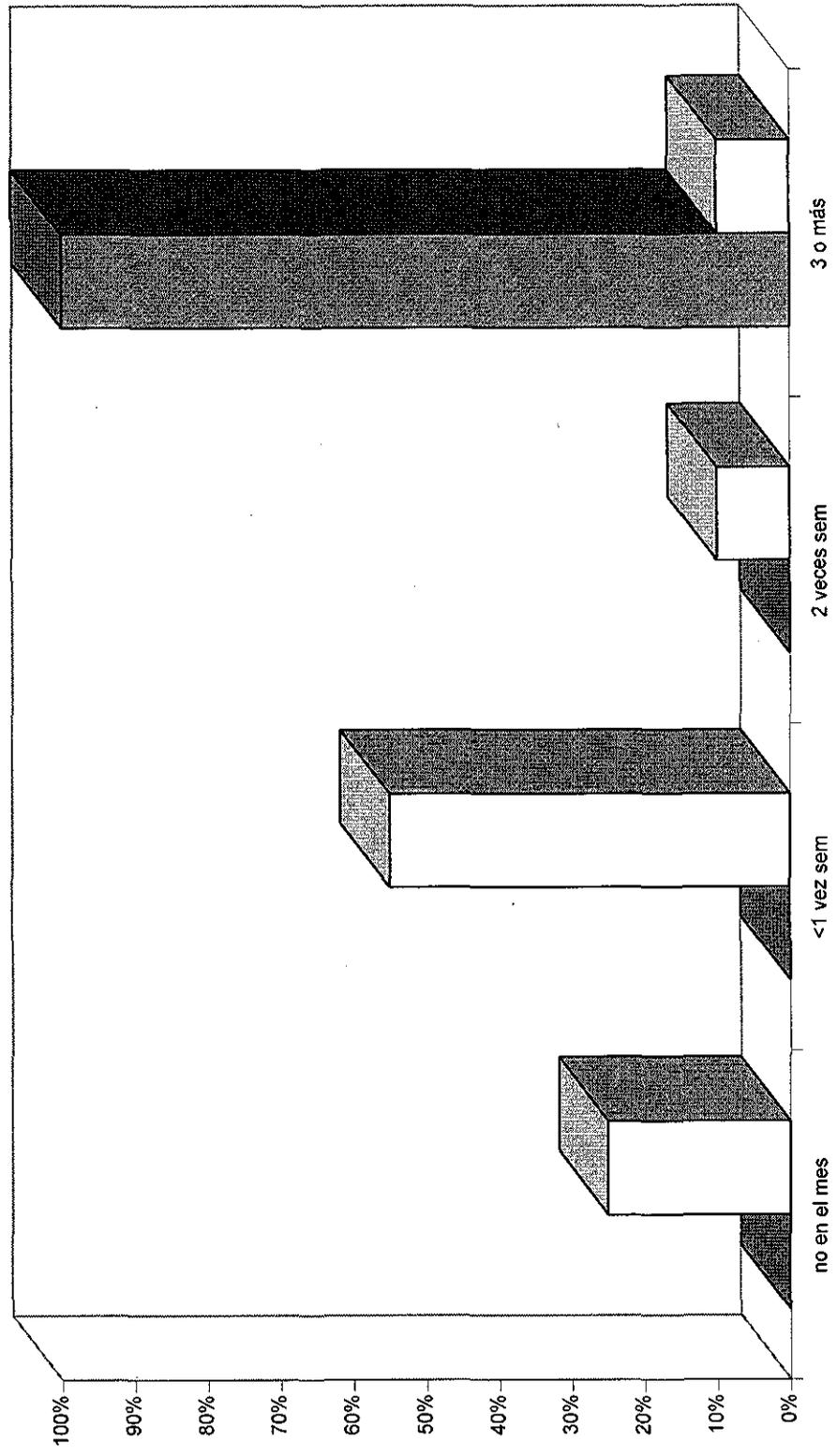


GRAFICA 6 HORAS DE SUEÑO

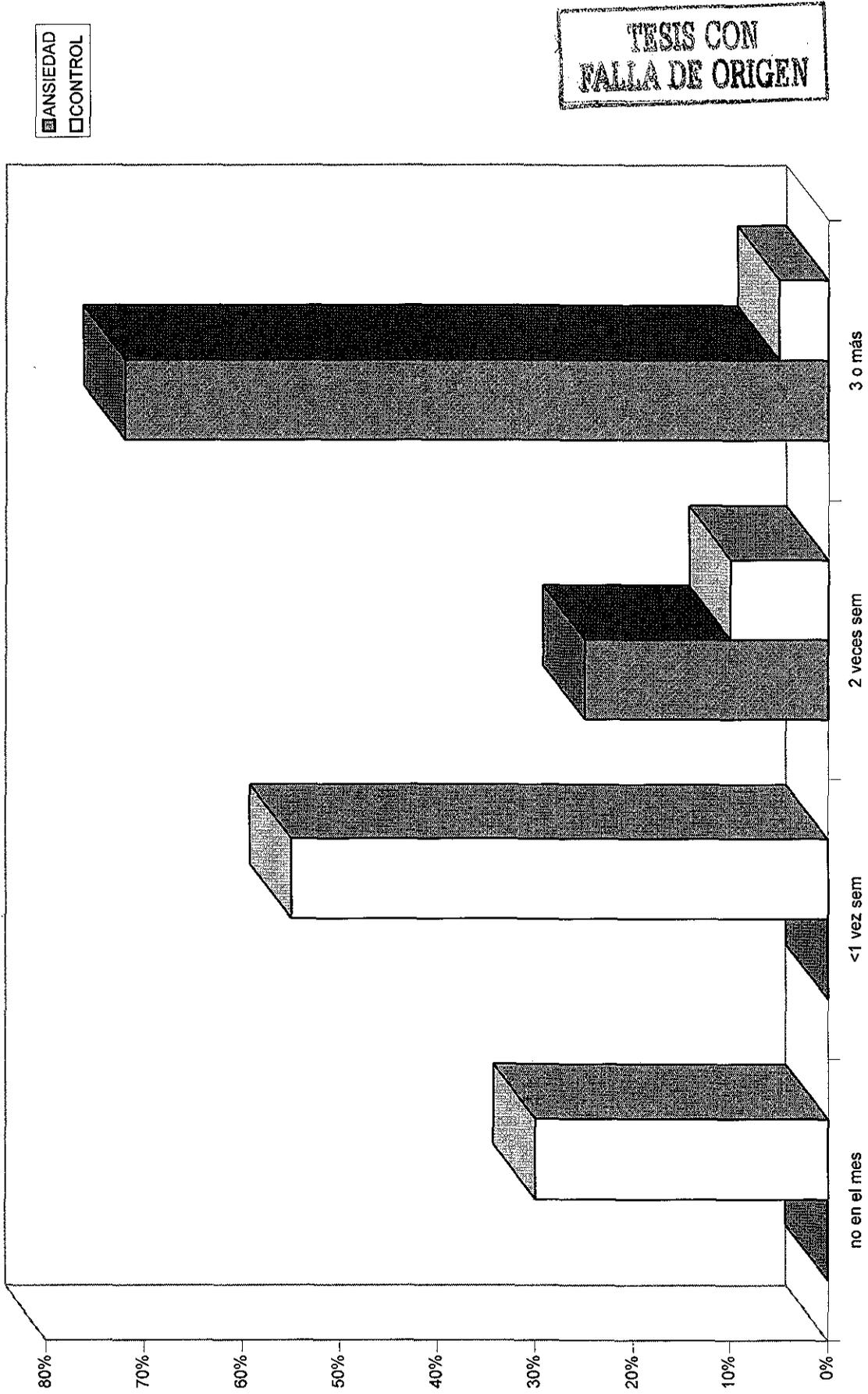


■ ANSIEDAD  
□ CONTROL

GRAFICA 7 TARDAR MAS DE 30 MIN EN DORMIR



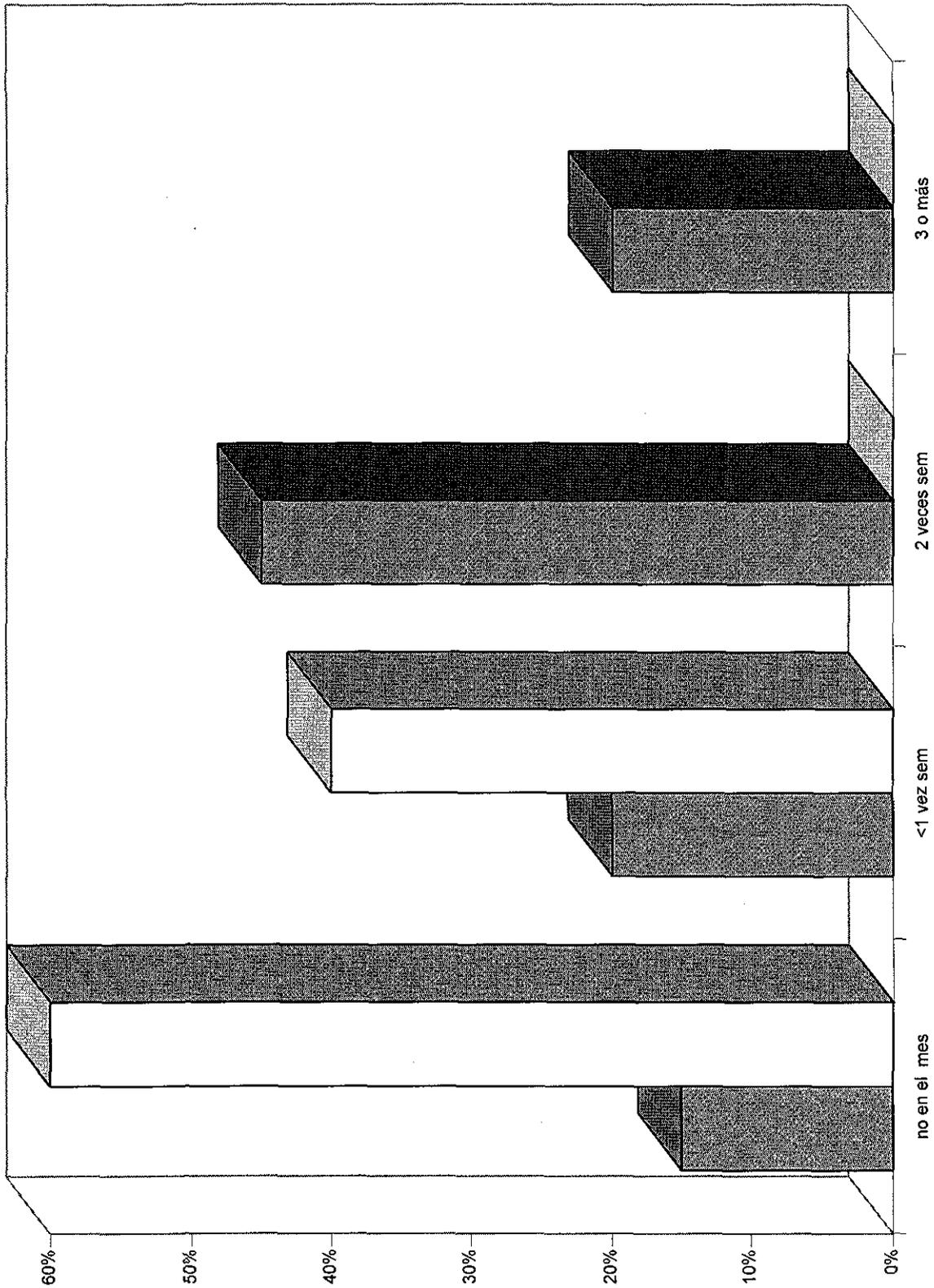
GRAFICA 8 DESPERTAR MEADIA NOCHE



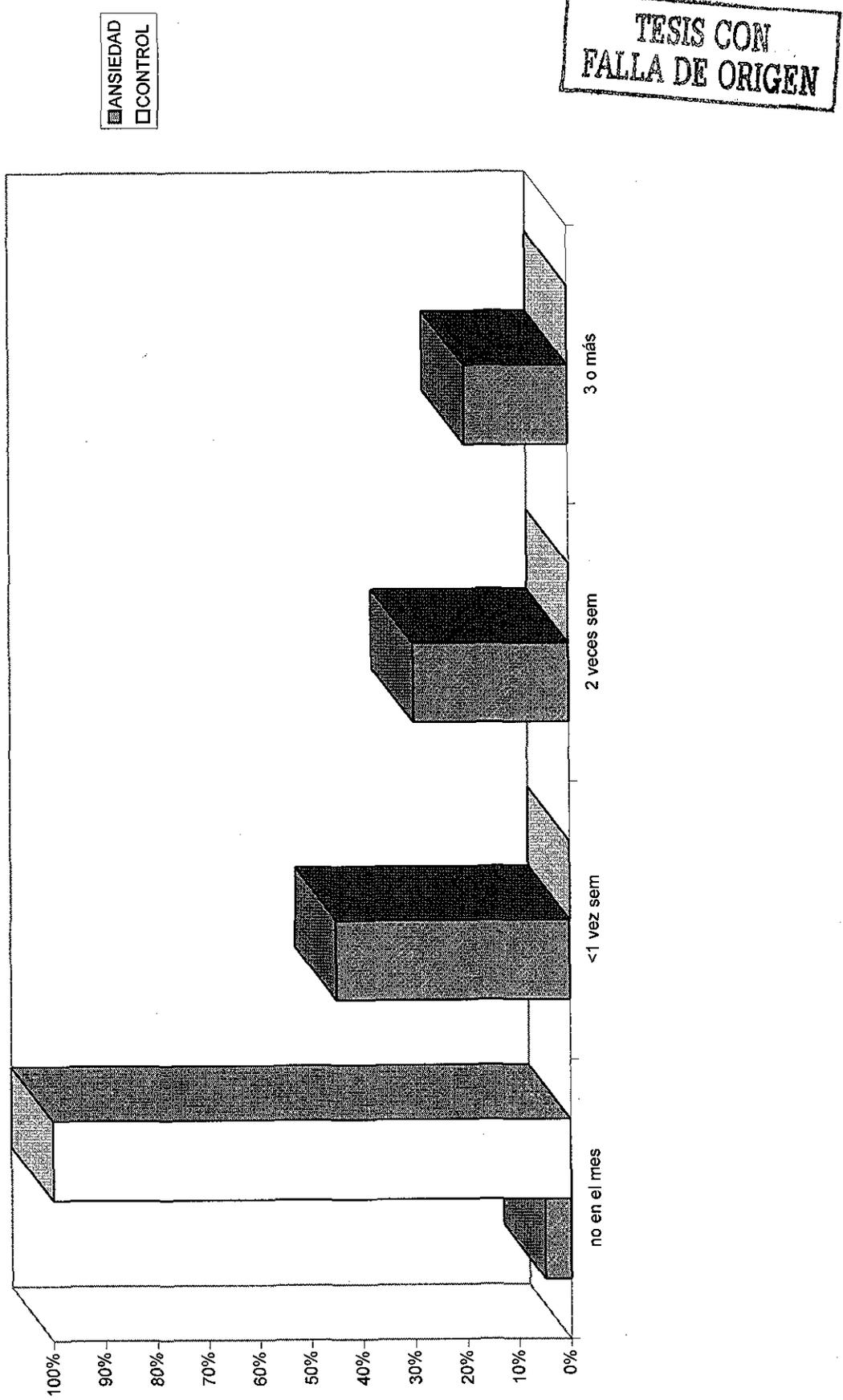
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

■ ANSIEDAD  
□ CONTROL

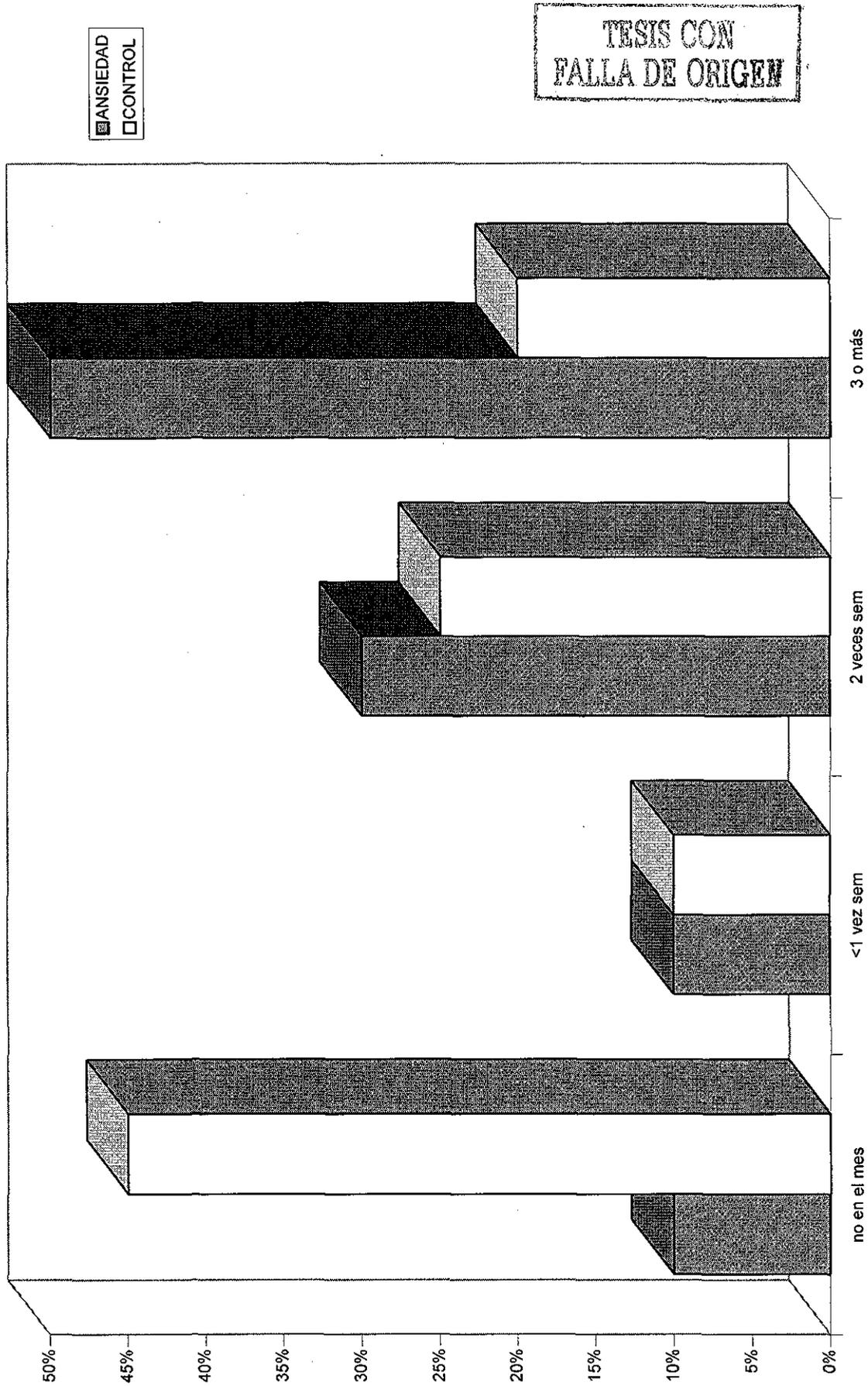
GRAFICA 9 LEVANTARSE PARA IR AL BAÑO



GRAFICA 10 PROBLEMAS PARA RESPIRAR



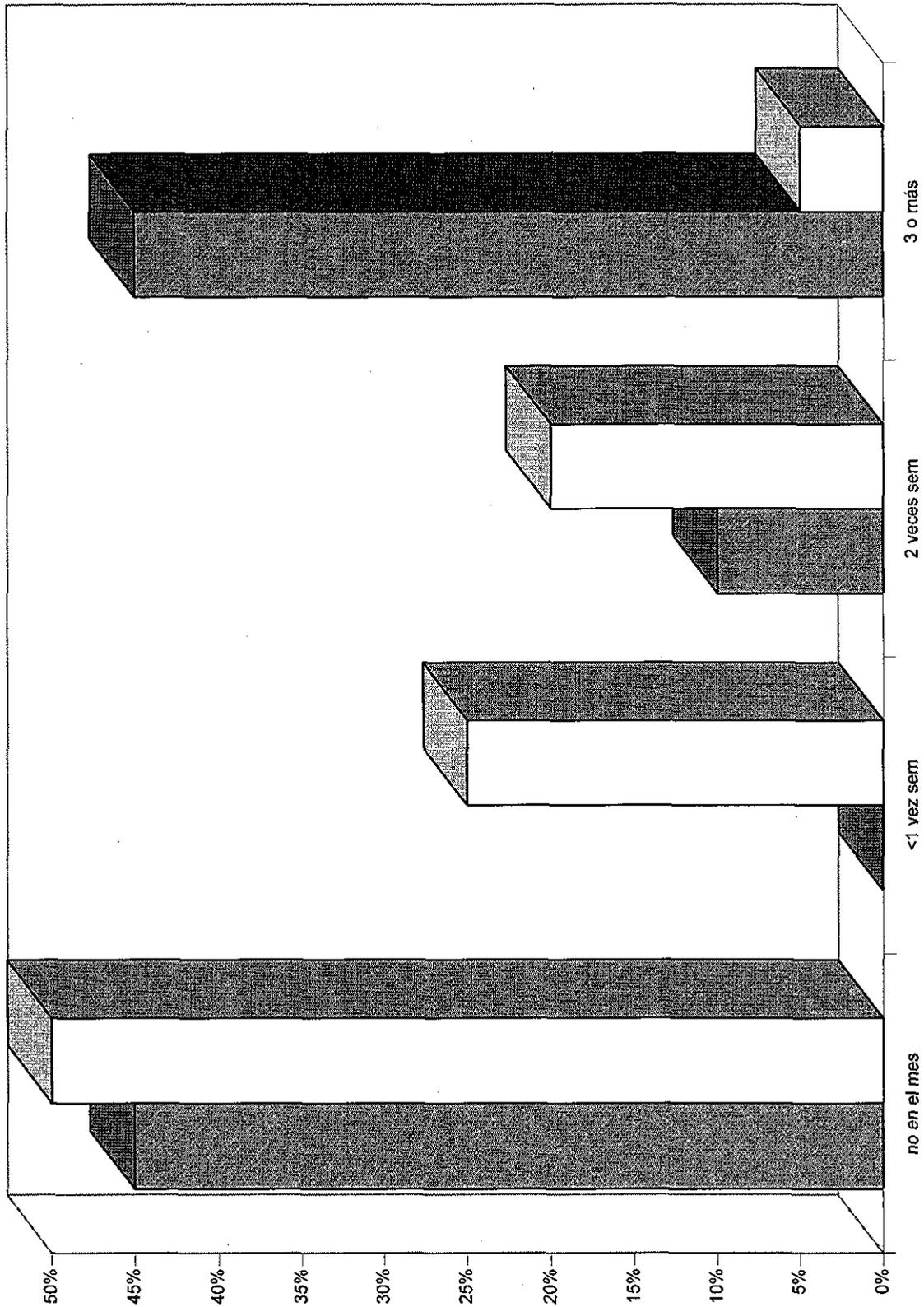
GRAFICA 11 TOSE O RONCA



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

■ ANSIEDAD  
□ CONTROL

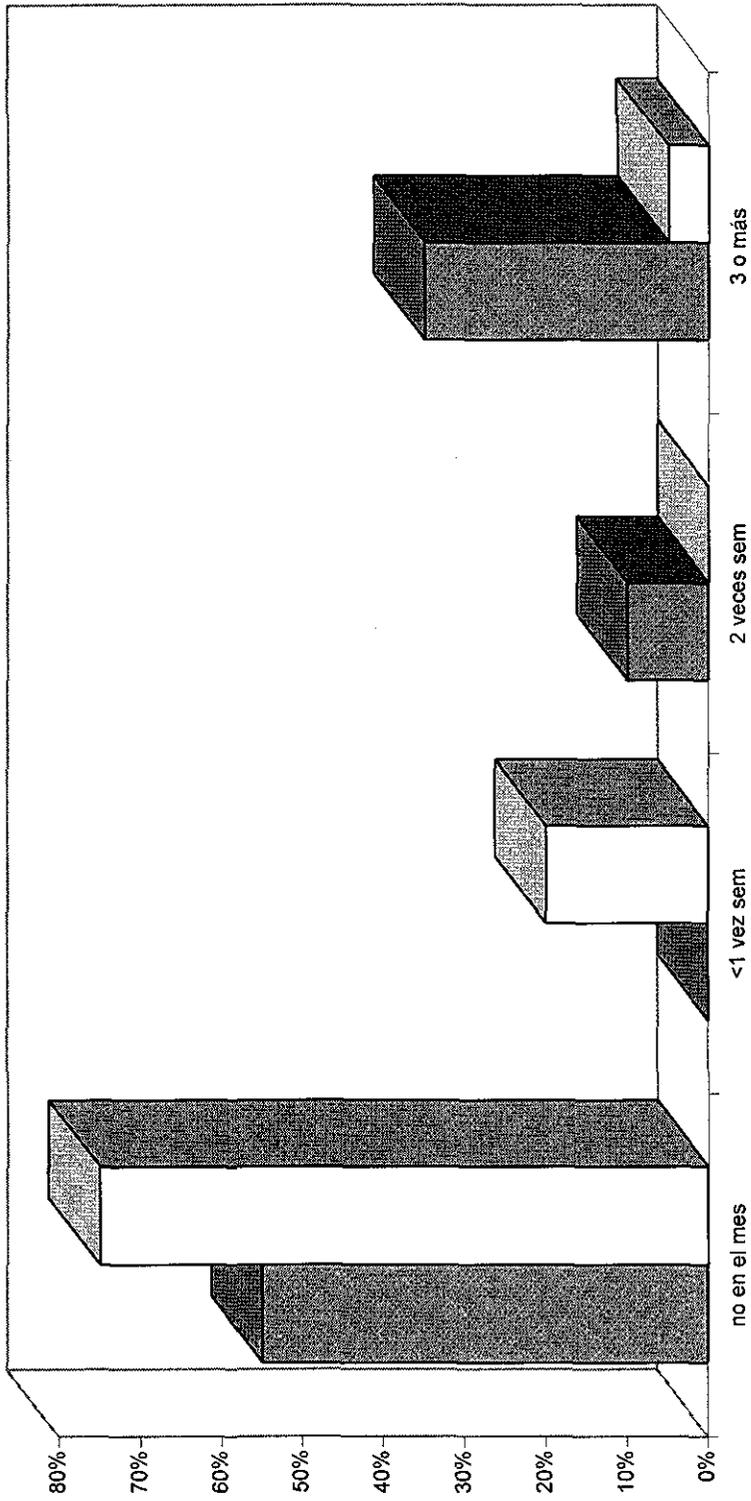
GRAFICA 12 FRIO



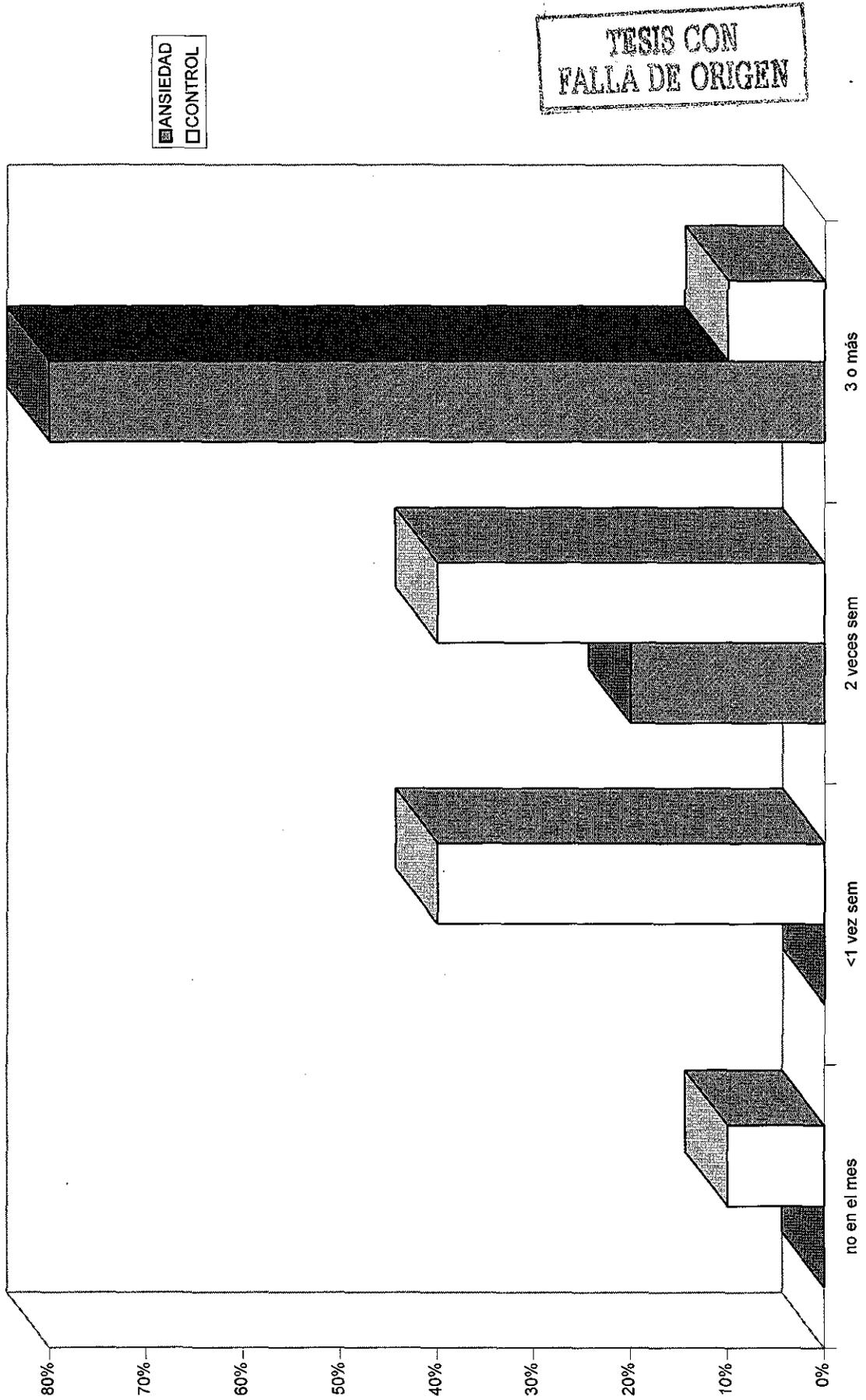
GRAFICA 13 CALOR

ANSIEDAD  
CONTROL

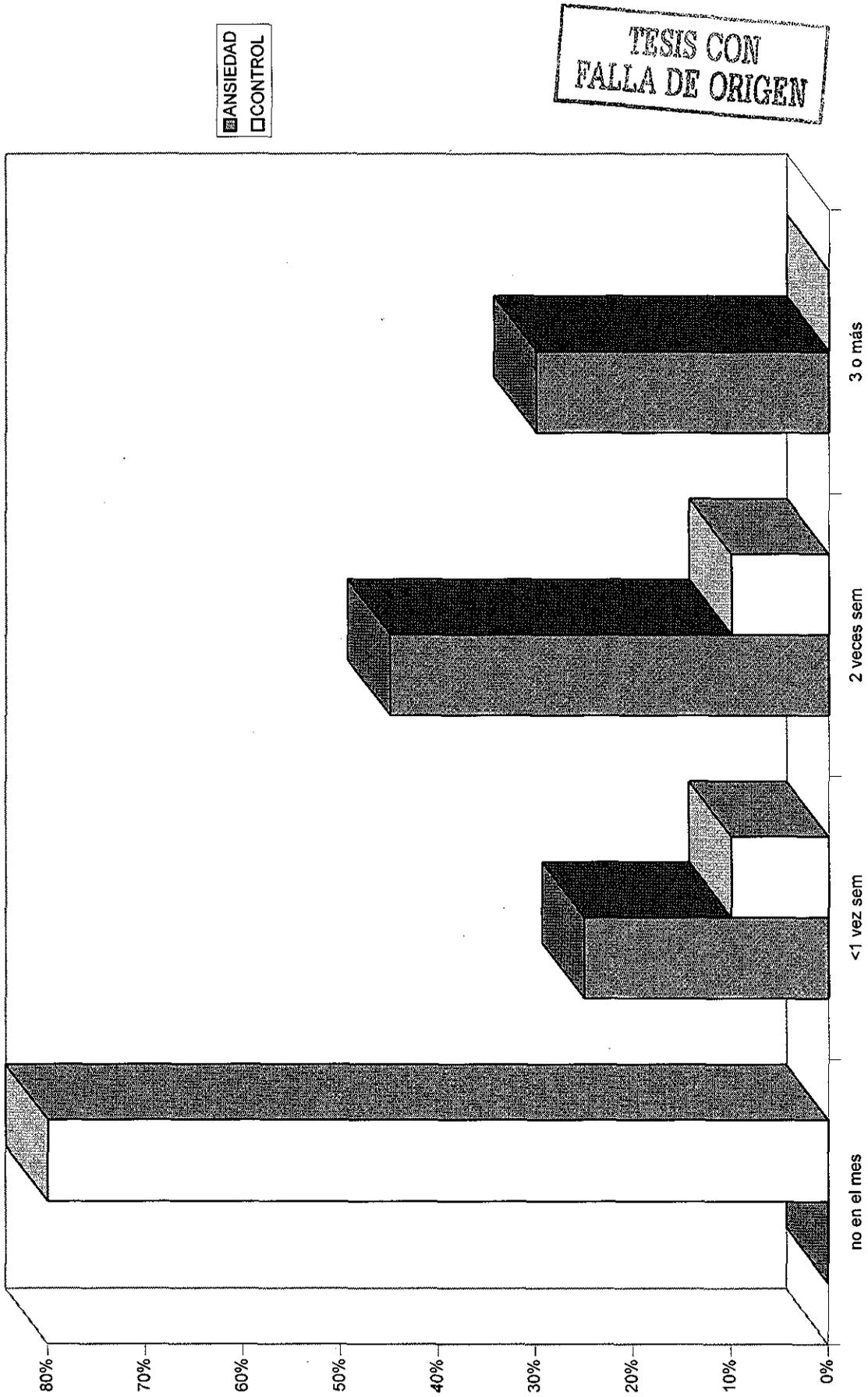
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



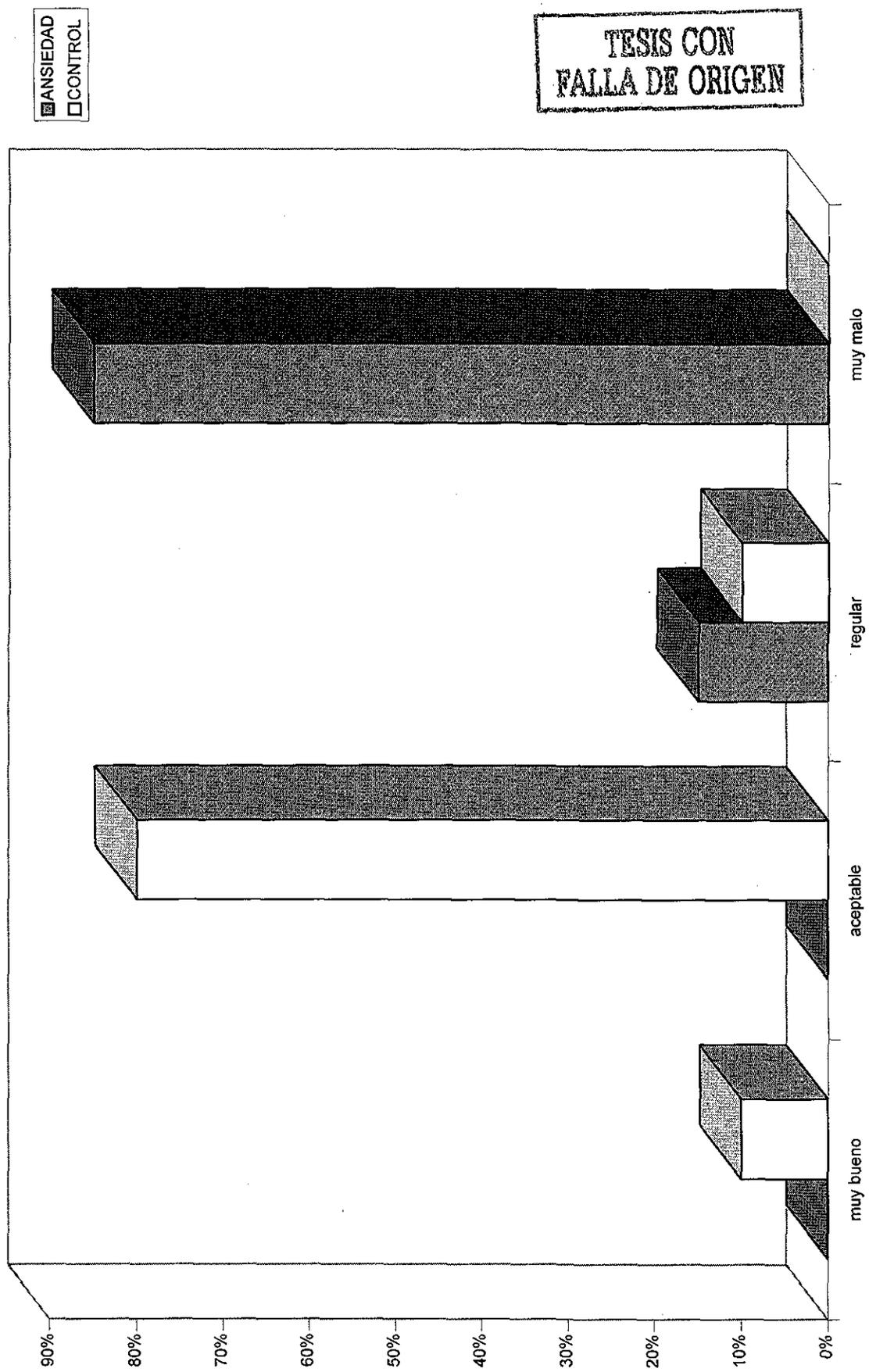
GRAFICA 14 MALOS SUEÑOS



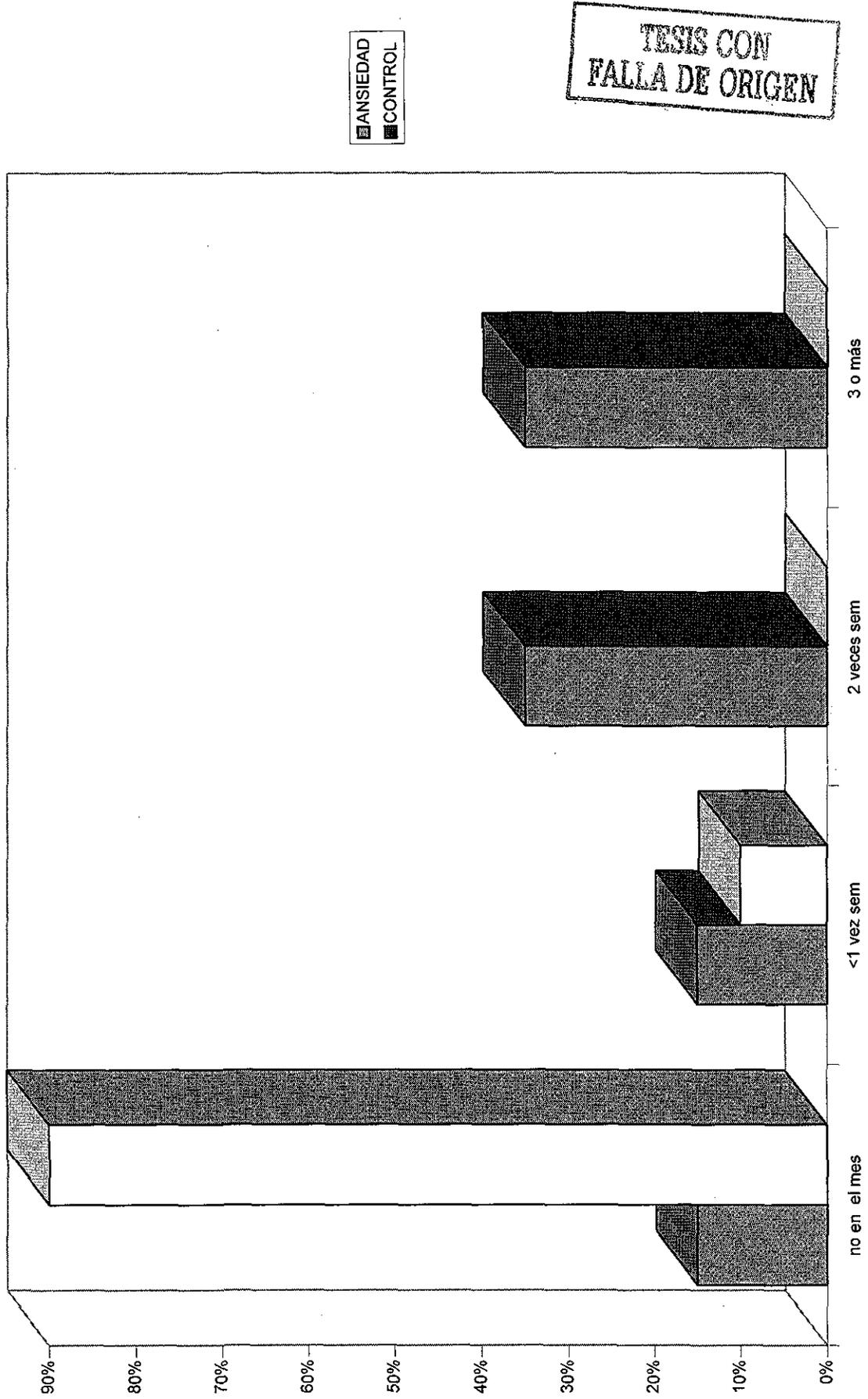
GRAFICA 15 DOLOR



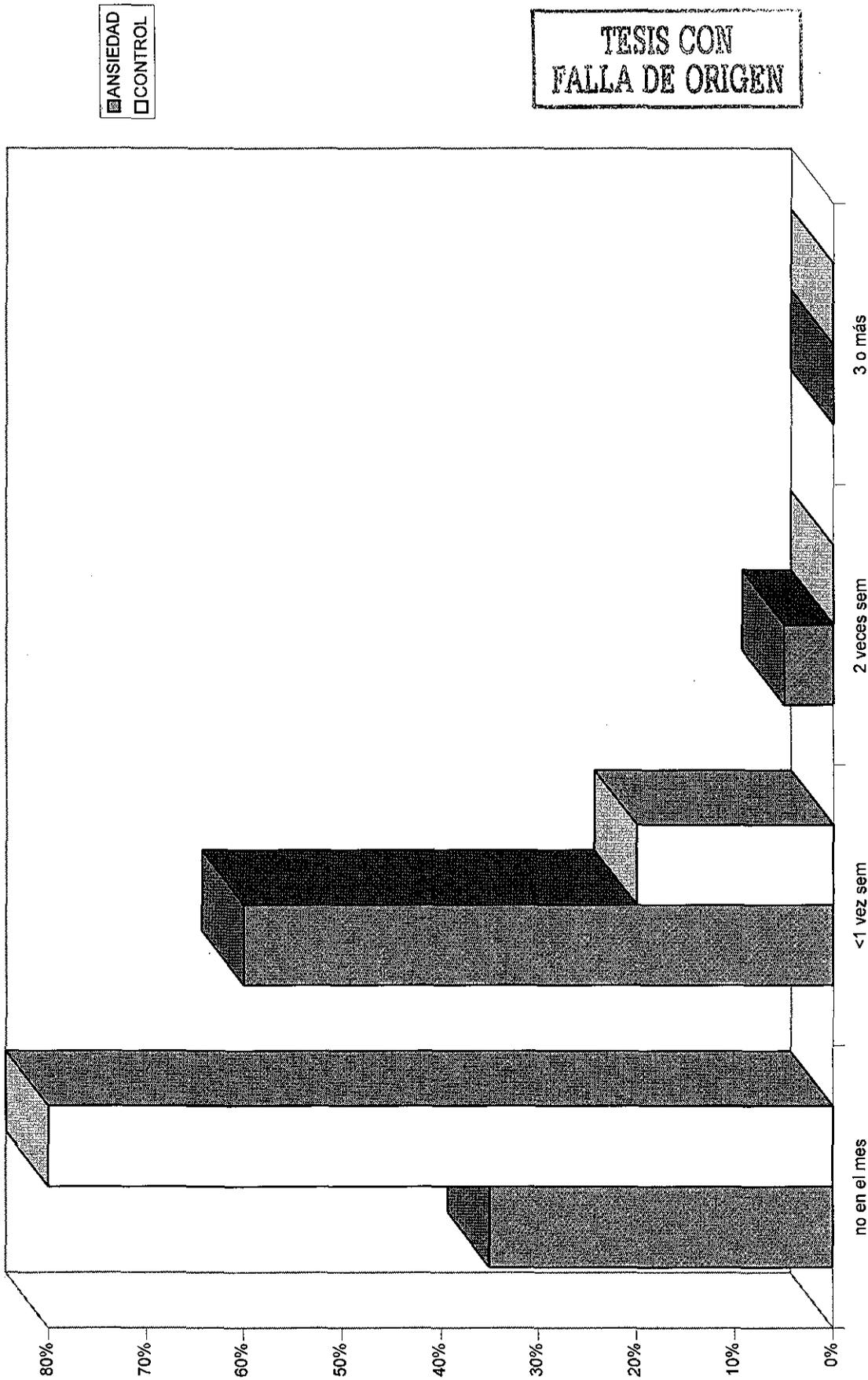
GRAFICA 16 CALIFICACION DEL SUEÑO



GRAFICA 17 SUSTANCIAS PARA DORMIR



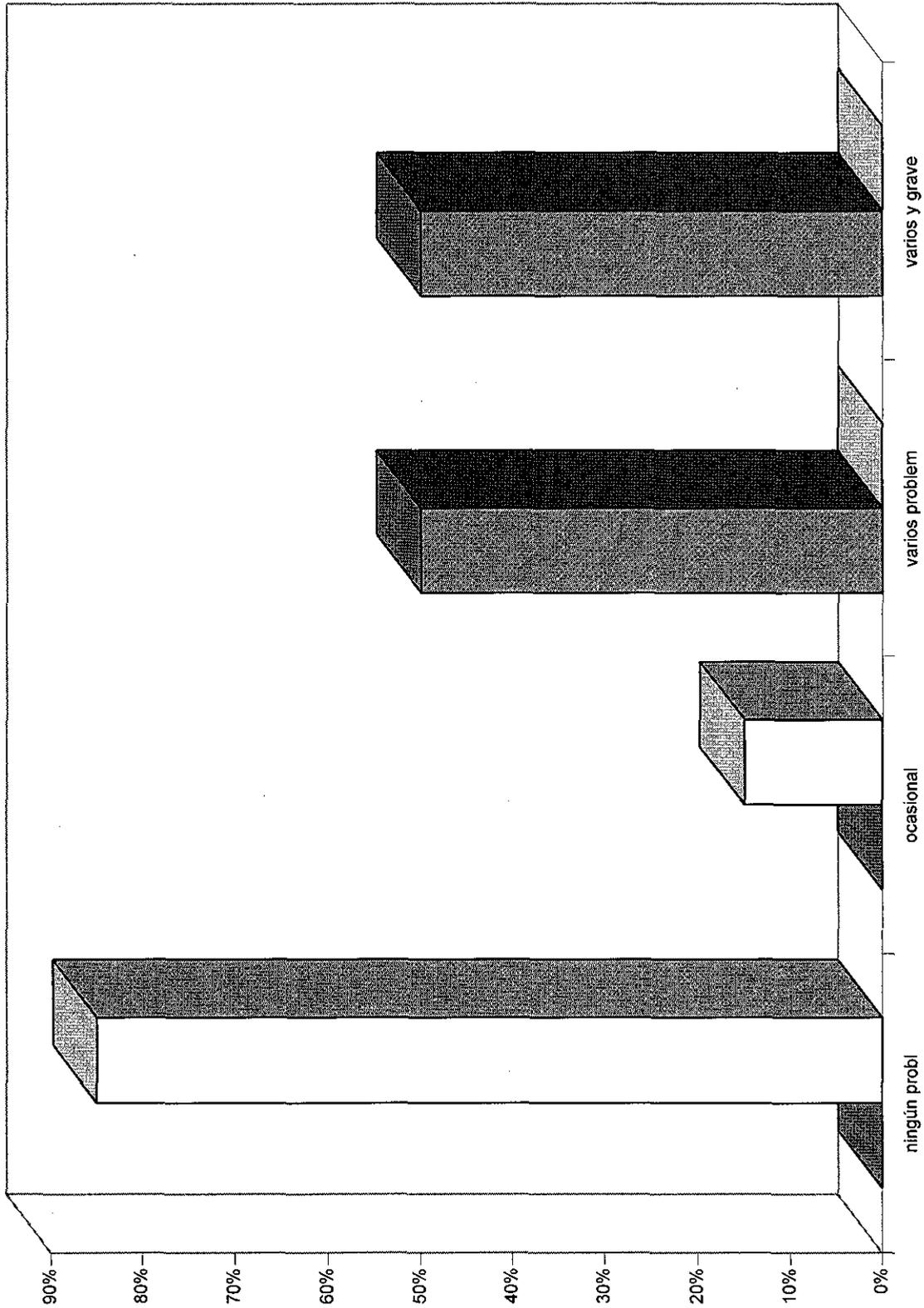
GRAFICA 18 PROBLEMAS PARA MANTENERSE DESPIERTO



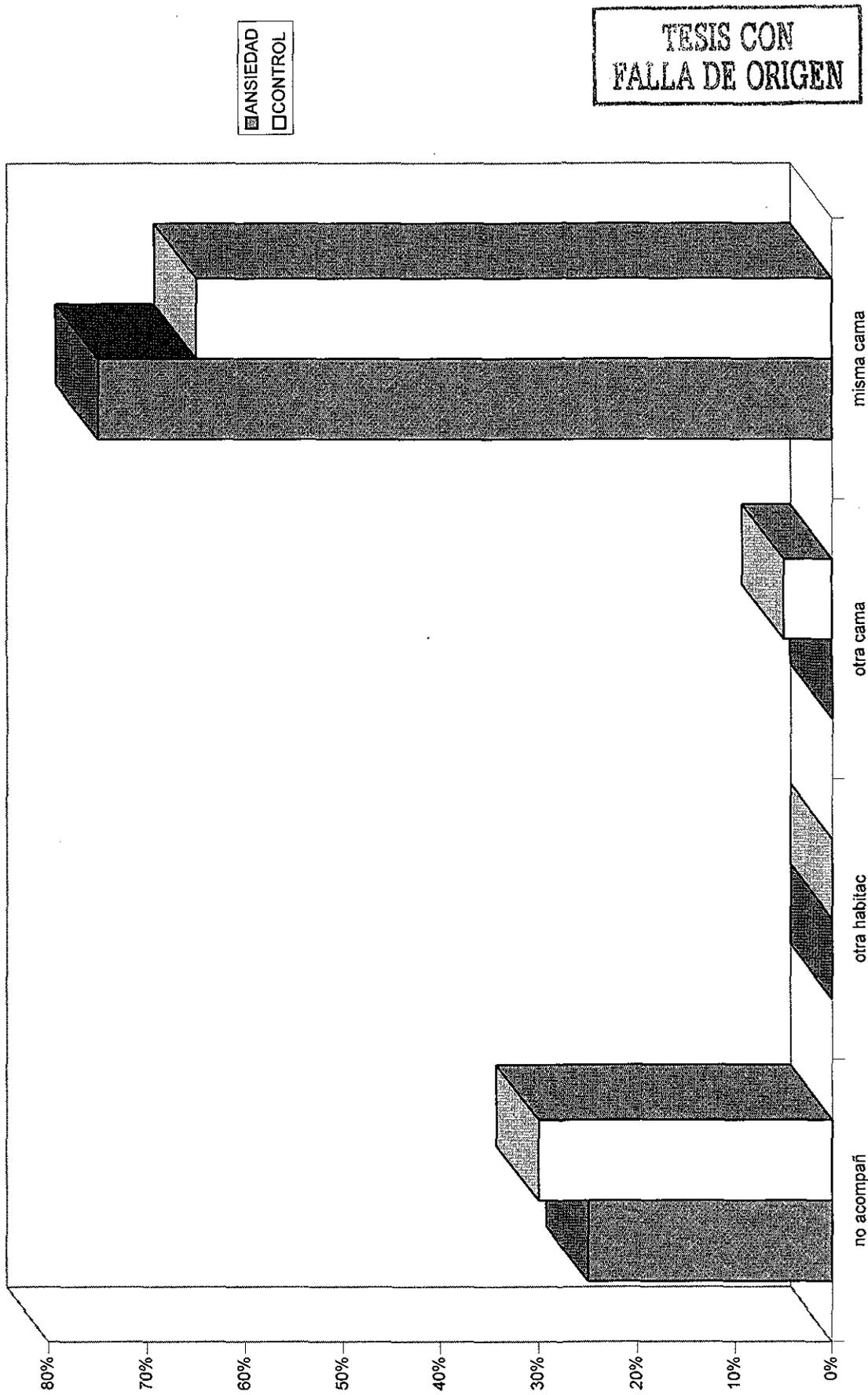
GRAFICA 19 PROBLEMAS PARA MANTENER EL ENTUSIASMO

ANSIEDAD  
CONTROL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



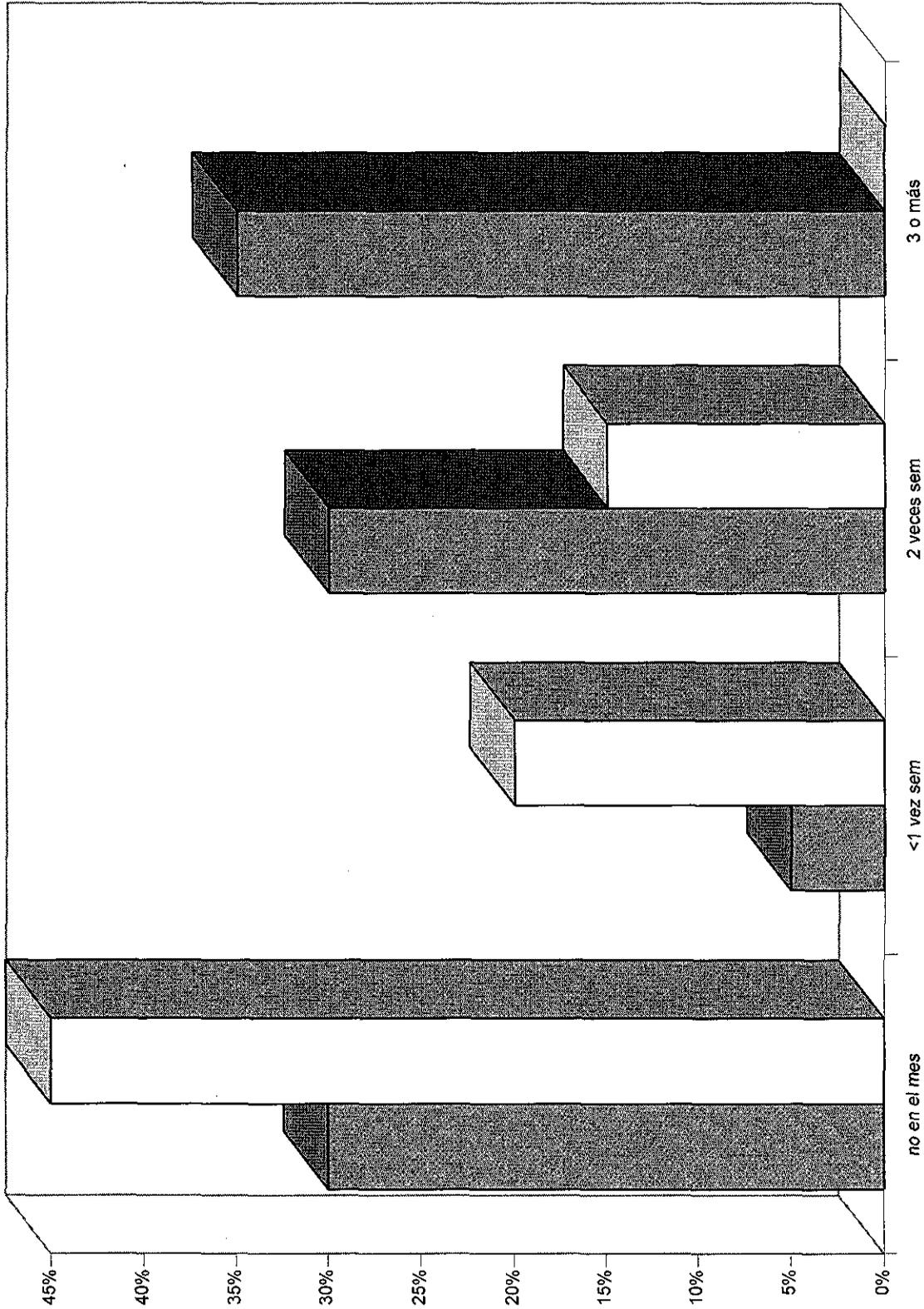
GRAFICA 20 ACOMPAÑANTE EN CAMA



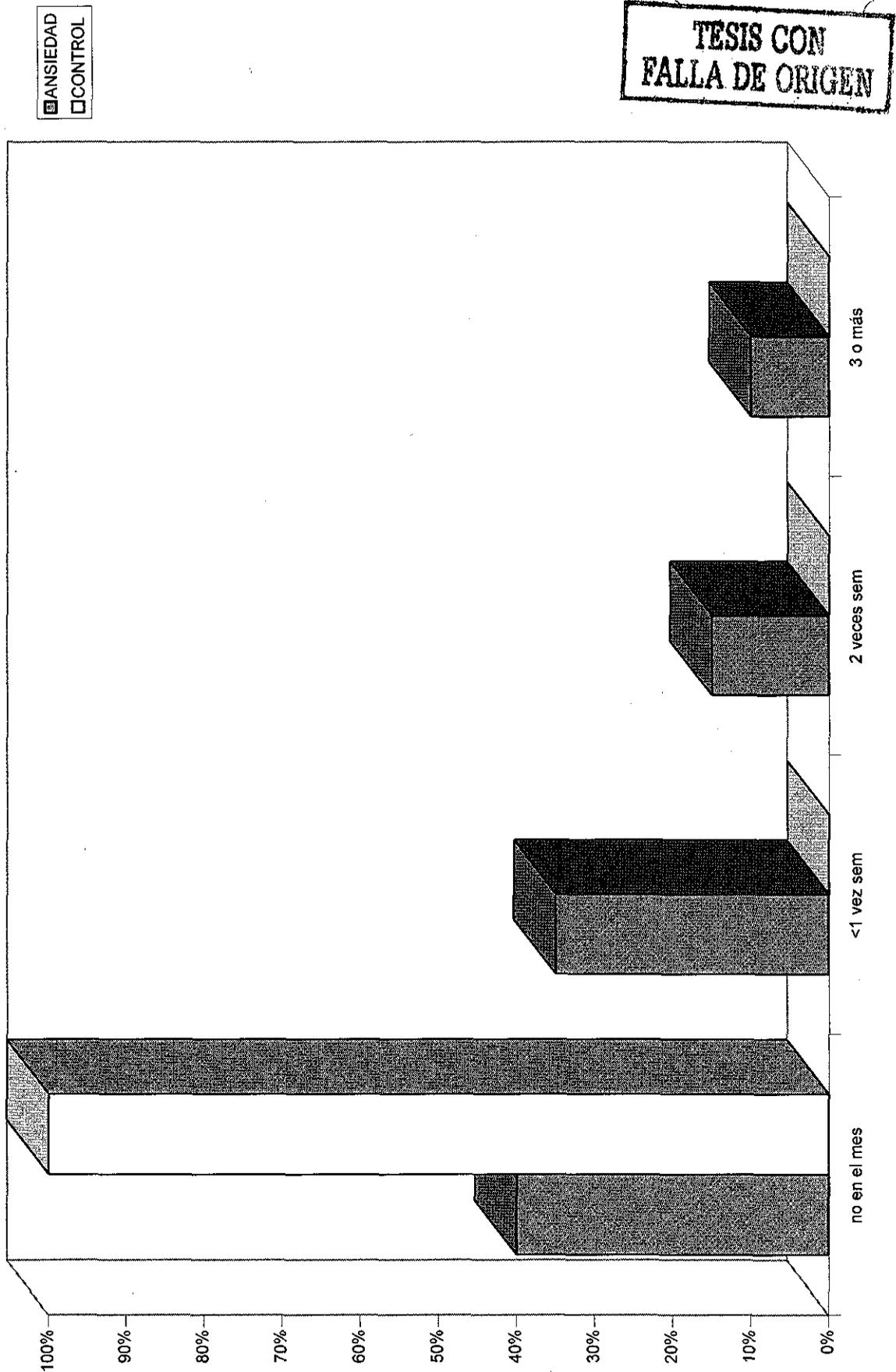
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

■ ANSIEDAD  
□ CONTROL

GRAFICA 21 ¿RONCO?

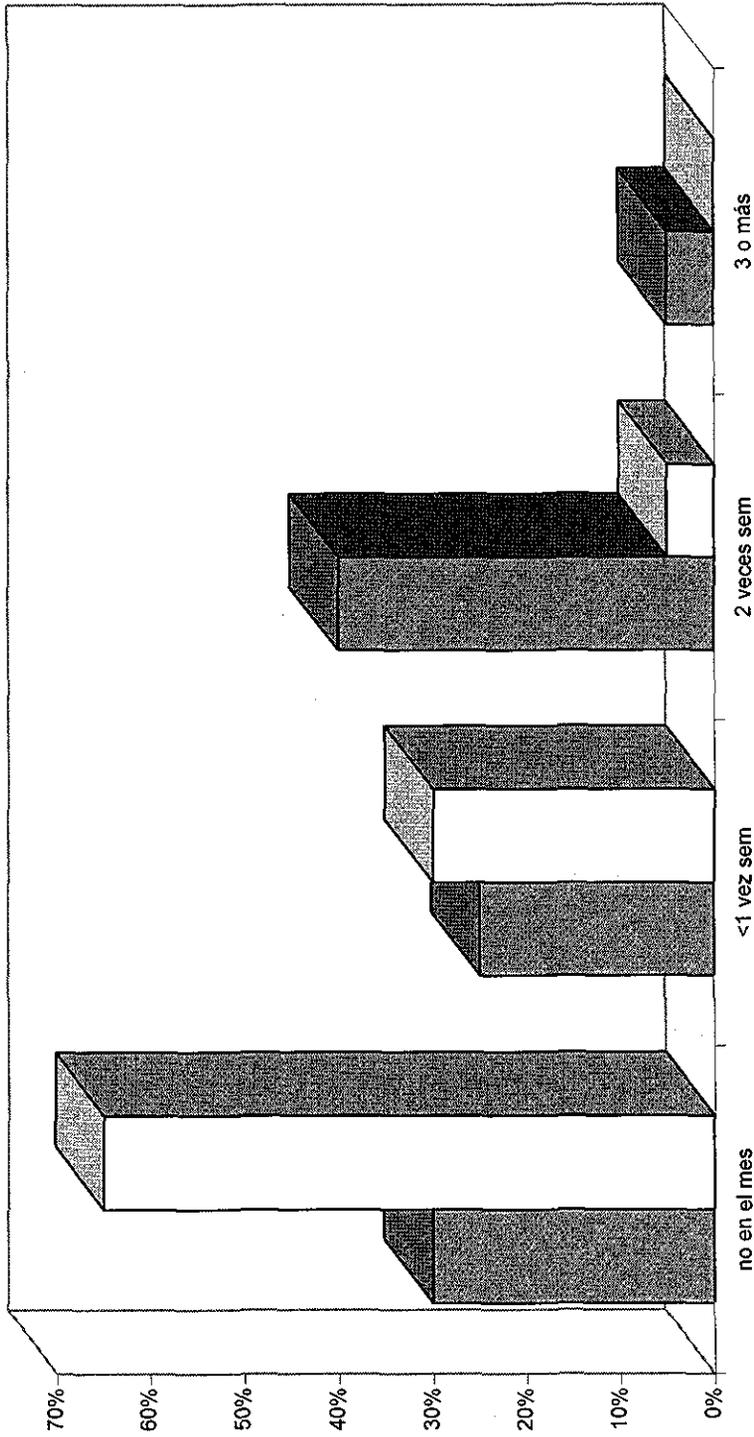


GRAFICA 22 PROBLEMAS PARA RESPIRAR



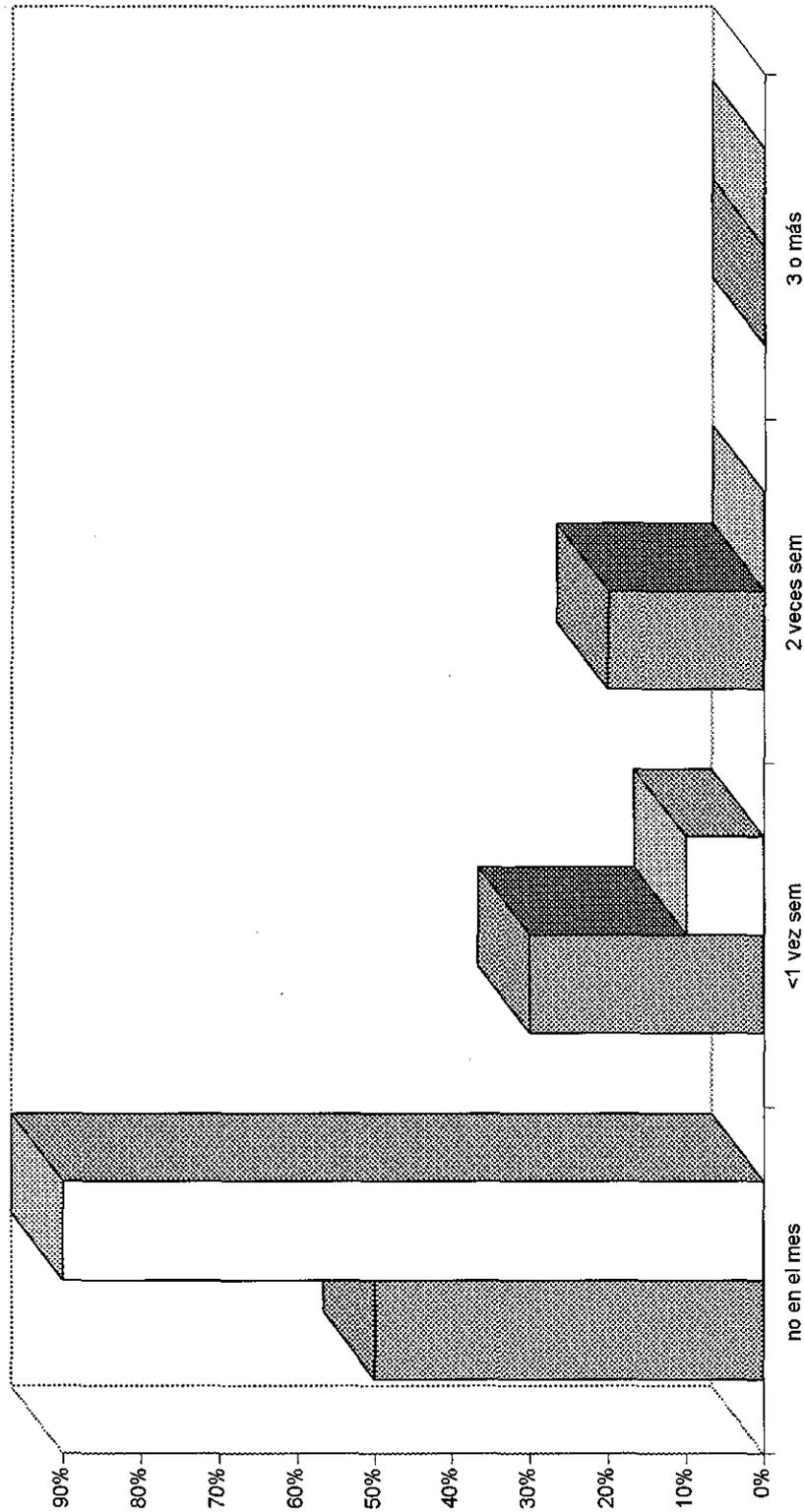
ANSIEDAD  
CONTROL

GRAFICA 23 MOVIMIENTOS DE PIERNAS



ANSIEDAD  
CONTROL

GRAFICA 24 DESORIENTACION O CONFUSION



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ESCALA DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)**

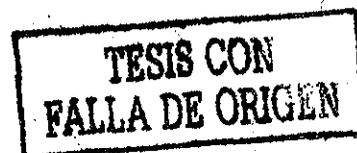
NOMBRE----- ID-----

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

**INSTRUCCIONES**

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

**POR FAVOR CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.**



1.-Durante el mes pasado, ¿cual ha sido el horario para ir a la cama?  
Me acuesto a las : \_\_\_\_\_

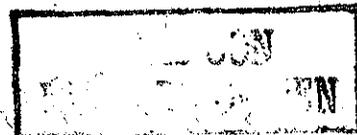
2.-Durante el pasado mes, ¿ que tanto tiempo (en minutos) tardo en quedarse dormido en promedio cada noche?  
Me tarde en dormir: \_\_\_\_\_

3.-Durante el mes pasado mes, ¿a que hora se estuvo despertando en las mañanas ?  
Mi hora habitual de despertar es: \_\_\_\_\_

4.-Durante el mes pasado, ¿cuantas horas de sueño obtuvo durante la noche? (esto puede ser diferente del numero de horas que usted pasa acostado en la cama).  
Horas de sueño nocturno: \_\_\_\_\_

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

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



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

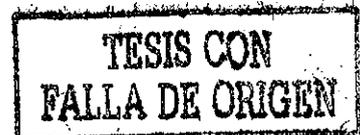
8.-Durante el pasado mes, ¿que tan a menudo ha tenido problemas para estar despierto  
mientras maneja, come sus alimentos o se encuentra en actividades sociales?.  
no durante el pasado mes \_\_\_ <1 vez por semana \_\_\_ 2 veces por semana \_\_\_ 3 o mas \_\_\_

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

ningún problema \_\_\_\_\_ solo ocasionales \_\_\_\_\_ varios problemas \_\_\_\_\_ graves problemas \_\_\_\_\_

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

no tengo acompañante \_\_\_\_\_ compañero en otra habitación en el mismo cuarto pero diferente cama \_\_\_\_\_ acompañante en la misma cama \_\_\_\_\_



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

a)¿Ronco fuerte?

no durante el pasado mes \_\_\_\_\_ <1 vez por semana \_\_\_\_\_ 2 veces por semana \_\_\_\_\_ 3 o mas \_\_\_\_\_

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

no durante el pasado mes \_\_\_\_\_ <1 vez por semana \_\_\_\_\_ 2 veces por semana \_\_\_\_\_ 3 o mas \_\_\_\_\_

c)¿Muevo las piernas o las sacudo?

no durante el pasado mes \_\_\_\_\_ <1 vez por semana \_\_\_\_\_ 2 veces por semana \_\_\_\_\_ 3 o mas \_\_\_\_\_

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

no durante el pasado mes \_\_\_\_\_ 1 < vez por semana \_\_\_\_\_ 2 veces por semana \_\_\_\_\_ 3 o mas \_\_\_\_\_

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

no durante el pasado mes \_\_\_\_\_ <1 vez por semana \_\_\_\_\_ 2 veces por semana \_\_\_\_\_ 3 o mas \_\_\_\_\_

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

I.D: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_