

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ



PROYECTO DE TESIS:

Calidad de sueño en pacientes con trastornos depresivos comparando el tratamiento con ISRS más benzodiacepinas contra ISRS y medidas de higiene del sueño, en pacientes de la Consulta Externa del HPFBA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

Psiquiatría

Dr. Jorge Josué Torres Rosete Pérez

Dra. Patricia Anzaldo Juárez.
Asesor metodológico

Dr. José Ibarreche Beltrán.
Asesor teórico

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2017



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.

Agradecimientos

En este trabajo agradezco a todas las personas que fungieron como mis maestros, tanto los que me enseñaron académicamente y a los que compartieron lecciones de vida, mis padres en especial, también por el apoyo moral y económico para que pudiera llegar a esta etapa de mi formación, este trabajo es fruto de los esfuerzos de todos ellos.

Al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez abrimos sus puertas y hacer de sus instalaciones un segundo hogar para cada generación de psiquiatras que va formando.

Contenido

Resumen.....	1
Introducción	2
Marco Teórico.	3
Sueño.....	6
Insomnio y depresión.....	8
Tratamiento de la depresión y el insomnio.....	10
Tabla 2: Plan de tratamiento según la gravedad de la depresión.....	11
Método.....	14
Justificación:	14
Planteamiento del problema:	15
Objetivos:	16
Hipótesis.....	16
Definición de Variables:.....	17
Muestreo:	19
Población:.....	19
Criterios de selección:	19
Tipo de Estudio:.....	21
Diseño longitudinal, comparativo, descriptivo y correlacional.....	21
Instrumentos:	21
Procedimiento:	23
Declaración de conflicto de intereses	25
Resultados.....	26
Discusión	29
Conclusiones.....	30
Referencias.....	32
Anexos	38

Tabla 1. Criterios diagnósticos de depresión (trastorno depresivo mayor= Episodio depresivo).	5
Tabla 2: Plan de tratamiento según la gravedad de la depresión.....	11
Tabla 3: Prueba ANOVA de los grupos	27
Imagen 1. Arquitectura del sueño.....	7
Imagen 2 Muestra de estudio.	26
Anexo 1: Imagen 2: Índice de severidad del insomnio. ISI.	38
Anexo 2 Imagen 3: Medidas de higiene del sueño.....	39
Anexo 3: Imagen 4: Diario de medidas de higiene del sueño	40
Anexo 4 Imagen 5: Escala de depresión de Beck.	41

Resumen

Introducción: Los trastornos depresivos, pertenecen al grupo de patologías que son las primeras causas de atención en México. Uno de los síntomas cardinales de los trastornos depresivos, es la alteración en el patrón de sueño tal como el insomnio.

Objetivo: El presente estudio, tiene como objetivo el explorar, si es mayor la eficacia de la implementación de medidas de higiene del sueño, añadida al tratamiento antidepresivo, en comparación con el uso de alguna benzodiazepina y el tratamiento antidepresivo, realizando un seguimiento al mes y a los tres meses de iniciado el tratamiento.

Materiales y Método: Para ello, se usó la escala ISI, que mide la calidad de sueño y se comparará ambos grupos, para establecer, cuál de los dos tiene mayor mejoría en dicha escala.

Conclusiones: Se aprecia una mejora en el grupo que recibió higiene del sueño sobre el grupo que recibía benzodiazepinas, esto evidenciado en los resultados de la escala de ISI.

Palabras Clave: Higiene de sueño, Benzodiazepinas, Antidepresivos.

Introducción

Las alteraciones en el patrón de sueño, son una queja constante en pacientes tanto en la consulta psiquiátrica como de medicina general. Existen varios remedios tanto tradicionales, como de origen casero que son recomendados por conocidos y personas que no pertenecen al ámbito médico. Sin embargo, las alteraciones en el patrón de sueño, requieren de un estudio adecuado, y en muchas ocasiones suelen ser la manifestación de un trastorno depresivo. Como se sabe, dichas alteraciones constituyen uno de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos tanto en el CIE-10, como el en DSM-5. Por lo que, al mejorar el cuadro afectivo, en muchas ocasiones mejora el sueño, además de una implementación de adecuados hábitos antes de dormir. Sin embargo, se ha observado, que una de las indicaciones más comunes del uso de benzodiazepinas, son las alteraciones en el sueño, lo que lejos de mejorar la situación, empobrece los resultados, ya que agrega la posibilidad de una dependencia a dichos psicofármacos, además de que no forman parte del tratamiento indicado en caso de insomnio según las guías clínicas. El estudio tiene como objetivo ver en los pacientes con trastornos depresivos que cursan con una alteración del sueño, ver que es más eficaz, si el empleo de las medidas de higiene del sueño o el uso de benzodiazepinas.

Marco Teórico.

Depresión.

El término depresión puede definir en forma variable un afecto, un estado del humor, un trastorno, síndrome o una entidad nosológica específica.¹

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad;^{2,3} es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.^{2,4} Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento en las distintas esferas de la vida de las personas, es recurrente y tiene un gran impacto económicos y social. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.²

En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas y h) la migración.⁵⁻⁷

Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%).⁷

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis.⁸

Los trastornos depresivos, pertenecen a los trastornos del estado de ánimo. Se caracterizan principalmente por un estado persistente de tristeza o ánimo bajo, falta de energía o motivación y en casos más graves ideación suicida.⁹ En el DSM-5 se incluyen: trastorno de la desregulación disruptiva del estado de ánimo; trastorno depresivo mayor, Distimia, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, trastorno depresivo debido a otra afección médica y otro trastorno depresivo especificado.¹⁰ En cambio en el CIE-10 los trastornos depresivos que se incluyen son: Episodio depresivo (leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos); trastorno depresivo recurrente, episodio actual (leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos), trastornos del humor persistentes dentro de los que se

incluyen la Distimia, la ciclotimia, otros trastornos de humor persistentes y trastorno de humor persistente sin especificación. ¹¹

A continuación, en la tabla 1, se presentan los criterios diagnósticos tanto DSM-5 como CIE-10 para depresión mayor y episodio depresivo respectivamente.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de depresión (trastorno depresivo mayor= Episodio depresivo).

Síntomas de depresión	DSM -5	CIE-10
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi cada día	X	X
2. Marcada disminución del interés o las sensaciones placenteras por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día	X	X
3. Pérdida de energía o cansancio casi todos los días	X	X
4. Pérdida de la confianza o la autoestima	-	X
5. Sentimientos irracionales de culpa casi cada día	X	X
6. Pensamientos recurrente de muerte o suicidio	X	X
7. Disminución de la capacidad de concentración	X	x
8. Agitación o retraso psicomotores casi cada día	X	X
9. Insomnio o hipersomnias casi cada día	X	X
10. Cambios en el comportamiento alimentario	X	X

Tomada de: Díaz, A. Guía Clínica para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos emocionales. Consenso 2010. ISBN: 03-2011-022513461900-01.

Una de las manifestaciones del episodio depresivo, o trastorno depresivo mayor es la presencia de una alteración en el patrón del sueño, siendo la más común el insomnio, sin embargo en algunos casos llega a presentarse hipersomnias diurnas. En lo que respecta al insomnio, este puede ser inicial, intermedio o final, en parte

dependiendo de la presencia de si se acompaña el episodio depresivo de síntomas de ansiedad.⁹⁻¹¹

Sueño.

Dormir es una conducta universal que se observa en todas las especies animales, desde los insectos hasta los mamíferos. Ocupa una tercera parte de nuestra vida. La falta de sueño puede llevar a una incapacidad para concentrarse, problemas de memoria, déficit en las pruebas neuropsicológicas y disminución de la lívido. El trastorno del sueño constituye un diagnóstico primario por sí mismo o bien un componente de otra enfermedad médica o psiquiátrica. Las patologías que provocan alteraciones en el patrón del sueño pueden agruparse en enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos o estados ambientales.⁹

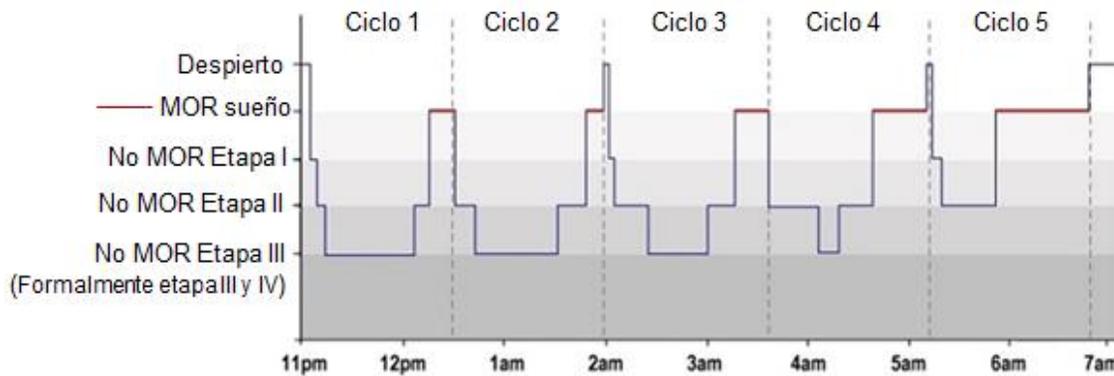
El sueño consta de dos etapas fisiológicas: el sueño de movimientos oculares rápidos (REM, rapid eye movement = MOR) y el sueño sin movimientos oculares rápidos (NMOR, non rapid eye movement). A su vez, el sueño NMOR se clasifica en cuatro etapas, de I a IV. Las ensoñaciones ocurren sobre todo durante el sueño MOR, pero también en las etapas III y IV del NMOR.⁹

Las personas tardan de 15 a 20 minutos en caer dormidos; ésta es la latencia del sueño. Durante los 45 minutos siguientes se desciende desde las etapas I y II del sueño hasta las etapas III y IV. Éstas últimas comprenden el sueño más profundo, es decir se requiere un estímulo mayor para despertar a la persona en estos períodos. Aproximadamente 45 minutos después del episodio IV empieza el primer

período MOR. Luego, la latencia media del MOR (tiempo desde el comienzo del sueño hasta el inicio del MOR) es de 90 minutos.¹⁰

A lo largo de la noche se van pasando los ciclos que recorren las cuatro etapas del sueño y terminan con el sueño MOR, respectivamente. A medida que avanza la noche, cada período MOR se va alargando y desaparecen los estadios III y IV. Por eso al final de la noche, las personas tienen un sueño más ligero y presentan más ensoñaciones (fundamentalmente sueño MOR). Las etapas del sueño de un adulto se corresponden aproximadamente con el 25 % de sueño MOR y el 75% de sueño NMOR, que a su vez consta de un 5% de la etapa I, 45% de la etapa II, 12% de la etapa III y 13% de la etapa IV. En la imagen 1, se puede observar de forma esquemática la arquitectura del sueño.

Imagen 1. Arquitectura del sueño.



Tomada de Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 411—418.

Los trastornos del sueño se dividen en primarios y secundarios. Se define como trastorno del sueño primario, a aquellos que no se deben a otro trastorno mental, a una enfermedad médica o al consumo de alguna sustancia, sino que tiene su

origen en una alteración en el mecanismo que regula el ciclo de sueño vigilia, en muchos casos debido al condicionamiento. Los secundarios en cambio, tienen su etiología asociada a una enfermedad de base. ¹¹

Insomnio y depresión.

El trastorno del sueño más común asociado a las patologías psiquiátricas es el insomnio. En el caso de la depresión al paciente le cuesta conciliar el sueño o despierta temprano, encontrándose adormilado el resto del día. En algunos casos, que son la minoría, puede presentarse hipersomnía. ¹

La incidencia y severidad de los trastornos del sueño asociados con la depresión, depende particularmente de factores tales como la edad, el sexo y el subtipo y gravedad del síndrome depresivo. ¹²

El insomnio asociado con la depresión generalmente se manifiesta en tres presentaciones: dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido, o alteraciones constantes durante el sueño. Sin embargo, ninguna de estas alteraciones es patognomónica de depresión, se sabe que el insomnio de conciliación es el menos específico y la dificultad para permanecer dormido es la más específica. El insomnio más severo se encuentra asociado con trastorno depresivos recurrentes, melancólicos o con síntomas psicóticos, y es más común que ocurra en adultos mayores. ¹²⁻¹⁵

La comorbilidad de la depresión con la ansiedad, se encuentra relacionada con un empeoramiento del insomnio. Además de que la severidad del insomnio en la

depresión también se encuentra relacionada con el riesgo de suicidio ¹⁵⁻¹⁶ y una pobre respuesta a tratamiento. ¹⁷⁻¹⁹

Los trastornos del sueño también son un factor de riesgo para la presencia de episodios depresivos subsecuentes. Por ejemplo, en una muestra de adultos jóvenes, el insomnio se encontró asociado con 2 a 4 veces más riesgo de presentar un episodio depresivo durante el seguimiento de estudio. ²⁰⁻²²

La reaparición del insomnio también puede predecir un nuevo episodio depresivo. ²³ De igual forma, el empeoramiento subjetivo del insomnio presenta una repercusión importante en el funcionamiento global de la persona deprimida. ²⁴

Se documentaron en varios estudios, cambios durante el sueño MOR en diferentes estados depresivos. ²⁵ por lo menos en el nivel de alerta y la tendencia a inhibir la aparición del sueño MOR, la cual es muy similar al efecto de los estimulantes. ^{26, 27}

En contraste, los estados de afecto elevado incluyendo la disforia depresiva, la manía, y las reviviscencias del trastorno de estrés postraumático se han asociado con un incremento del sueño MOR. ¹²

Los síndromes depresivos por causa médica, generalmente se encuentran asociados con enfermedades que se caracterizan por disminución del tiempo o de la intensidad del sueño MOR. ¹² Se documentó que se afecta la latencia del sueño MOR durante los trastornos depresivos. ^{12,25}

En las alteraciones en la polisomnografía de pacientes con depresión se ha encontrado que presentan una reducción de la eficiencia del sueño, una latencia para conciliarlo incrementada, despertares frecuentes incrementados durante los

estados 1 y 2 de sueño y la reducción de las ondas lentas durante el sueño y no todas estas alteraciones se resuelven con la remisión de la depresión.²⁸

Tratamiento de la depresión y el insomnio.

El tratamiento del trastorno depresivo mayor tiene como objetivo no sólo alcanzar la remisión de la sintomatología afectiva sino llevar al paciente a la recuperación de su funcionalidad. Así como el trastorno tiene una etiología multifactorial, su manejo es también multimodal, y en muchas ocasiones tiene como piedra angular la farmacoterapia.¹

El plan general de tratamiento se establece en función de la gravedad del trastorno depresivo y debe de contemplar tanto la locación como la elección asertiva entre los tratamientos psicosociales (psicoterapia, Psicoeducación y redes de apoyo) y los farmacológicos. La elección entre tratamiento ambulatorio o por internamiento hospitalario cuenta con trascendencia importante para la vida del paciente. Es necesario enfatizar que en el diseño del tratamiento del paciente deben de incluirse sus preferencias, además de la consideración de tratamientos antidepressivos previos y un análisis de costos.¹

En la tabla 2, se puede ver las distintas intervenciones recomendadas dependiendo de la gravedad de la depresión.¹

Tabla 2: Plan de tratamiento según la gravedad de la depresión.

Gravedad de la depresión	Intervención recomendada
Depresión leve	Observación, Psicoeducación, intervenciones psicosociales, tratamiento farmacológico sólo si está indicado.
Depresión moderada a severa	Manejo con psicofármacos y/o psicoterapia, intervenciones psicosociales
Depresión resistente a tratamiento, recurrente, atípica o con síntomas psicóticos, con riesgo elevado	Psicofármacos, manejo psicoterapéutico intensivo, combinación de tratamientos.
Disfunción grave con riesgo para la vida.	Psicofármacos, combinación de tratamientos, terapia electroconvulsiva, internamiento.

Tomada de: Díaz, A. Guía Clínica para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos emocionales. Consenso 2010. ISBN: 03-2011-022513461900-01.

Los tratamientos psicoterapéuticos que cuentan con evidencia suficiente para elegirlos como tratamiento de la depresión son tres:¹

1. **Terapia conductual:** Este tipo de intervención dispone de una teoría psicopatológica como de una evaluación psicodiagnóstica y del procedimiento terapéutico correspondiente. Incluye 6 procedimientos terapéuticos: programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, curso para afrontar la depresión de Lewinsohn, terapia de autocontrol, terapia de solución de problemas y terapia conductual de pareja.¹
2. **Terapia cognitiva de Beck:** desarrollada por Aaron T. Beck desde finales de los años cincuenta como tratamiento específico para la depresión que ofrece planteamiento completo. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, debido a

ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información.¹

3. **Psicoterapia interpersonal:** Esta terapia no ofrece una teoría general de la depresión sino un procedimiento terapéutico de base clínico-empírica. Sobre la base clínica de cuatro áreas de la depresión (el duelo, las disputas interpersonales, la transición del rol y los déficit en habilidades sociales). L. Klerman y colaboradores desarrollaron una terapia de continuación y mantenimiento que terminó en un tratamiento agudo ampliamente usado. Está estructurada por fases y objetivos, de acuerdo con las cuatro áreas ya comentadas, para ser llevada en 16 sesiones de 50 a 60 minutos programadas semanalmente y cuenta con un manual de aplicación.¹

En cuanto a la farmacoterapia, actualmente se cuenta con varios tipos de medicamentos antidepresivos, se cuenta con 5 grandes grupos de fármacos: los antidepresivos tricíclicos, los antidepresivos tetracíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y los antidepresivos atípicos. Para seleccionar el fármaco, se deben de tomar en cuenta el perfil del paciente y el perfil de efectos adversos del medicamento, por lo que en la actualidad, se prefieren los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina debido a su seguridad, administración de cada 24 hrs y disminución de efectos adversos¹

Se ha documentado que la privación de sueño de una noche, disminuye los síntomas depresivos de un 50 a 60 % y dicha acción antidepresiva persiste por alrededor de 24 hrs.³¹⁻³²

Por lo que se han desarrollado variantes de la privación total de sueño como intervenciones terapéuticas, por ejemplo, Schilgen.³³

Toda la medicación antidepresiva provoca alteraciones en la arquitectura del sueño.³⁰ La supresión del sueño MOR con el tratamiento de la depresión ha sido un hallazgo consistente en estudios en los cuales se ha visto una acción adecuada de los antidepresivos. Esto sustenta la creencia de la evidencia de la correlación entre la respuesta clínica y la supresión del sueño MOR, Vogel y colaboradores reportaron una correlación positiva entre la disminución de los síntomas depresivos y la supresión del sueño MOR, misma que se presenta tanto con el uso de antidepresivos tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

^{34, 35}

En cuanto al tratamiento del insomnio, las recomendaciones hablan, que tanto en el de tipo primario como en el de tipo secundario, la primera línea son las medidas conductuales.³⁶⁻³⁷

Uno de los grupos de medicamentos más frecuentemente empleados en el tratamiento del insomnio, sea primario o secundario son las benzodiazepinas. En un estudio de 209 usuarios crónicos de dichos fármacos, se encontró una asociación en la reducción de puntajes en pruebas de evaluación de funciones ejecutivas con el uso de 3 a 6 meses de benzodiazepinas. Al 39% de esos

pacientes, se les implementó terapia cognitivo conductual para el manejo del insomnio y consiguieron una reducción en la dosis de benzodiacepina utilizada para dormir.³⁸

En otro estudio realizado por Lichstein, encontró una asociación entre un empeoramiento en los parámetros de calidad del sueño y el uso de fármacos hipnótico sedantes tales como las benzodiacepinas.³⁹

Método

Justificación:

Los trastornos depresivos son la principal causa de atención en la mayoría de los servicios de salud mental. La presencia de insomnio es común, ya que forma parte del síndrome clínico. Sin embargo, existe evidencia de que la presencia de insomnio puede ser factor de riesgo para un mayor índice de suicidio y como predictor de recaídas.²⁰⁻²⁴

Es frecuente ver el uso de benzodiacepinas para inducir el sueño en pacientes deprimidos, sin embargo, no se ha documentado que sea la mejor opción. Una de las medidas iniciales en el tratamiento del insomnio, sea cual sea la causa, es la implementación de medidas de higiene del sueño: 1) procure dormir a la misma hora; 2) levántese todas las mañanas a la misma hora; 3) practique ejercicio aeróbico preferentemente en las mañanas, nunca tres horas previas a ir a dormir; 4) evite hacer siestas durante el día; 5) modere o evite el consumo de bebidas con cafeína; 5) modere o evite el consumo de tabaco y alcohol; 6) vaya a dormir sin hambre y sin sed; 7) evite el consumo de cenas abundantes o alcohol a la hora de

dormir; 8) su cama debe de ser cómoda; 9) evite cualquier actividad distinta a dormir cuando vaya a su cama con la intención de dormir; 10) mantenga lejos de su vista relojes y despertadores; 11) practique un ritual antes de acostarse; 12) no intente alcanzar el sueño, el sueño lo alcanzará a usted. Estas medidas pueden contribuir, de la mano con el tratamiento antidepresivo, a disminuir la presencia del insomnio. Por lo que se realizó este estudio, para comprobar su eficacia y ver si es superior al uso de las benzodiazepinas como tratamiento para el insomnio.

Planteamiento del problema:

¿Es más efectiva la intervención en la higiene del sueño como tratamiento conjunto de antidepresivos en los trastornos depresivos, para mejorar el insomnio comparación con el uso concomitante de antidepresivos y benzodiazepinas?

Muy frecuentemente se utilizan como coadyuvantes en el tratamiento de la depresión las benzodiazepinas, sobre todo como inductores del sueño. Sin embargo, el efecto a largo plazo de dichos medicamentos, lejos de brindar mejoría, puede llegar a generar una adicción y provocar el efecto paradójico ¹², por lo que este estudio, busco comprobar la eficacia de la implementación de medidas de higiene del sueño como coadyuvantes en el manejo de la depresión con el objetivo de disminuir la presencia de insomnio.

La evidencia existente, propone como primera línea en el tratamiento del insomnio, antes que nada la utilización de medidas conductuales, ya que se ha demostrado ser una forma eficaz de tratamiento.

Por lo que se planteó la realización de este trabajo, para comprobar la eficiencia de medidas conductuales en el tratamiento del insomnio en pacientes deprimidos, y

comparar los resultados contra el uso de benzodiazepinas concomitante al tratamiento con antidepresivos.

Objetivos:

General:

1. Explorar si es mayor la eficacia del uso de antidepresivos más higiene del sueño, en comparación con tratamiento conjunto de antidepresivos más alguna benzodiazepina en el abordaje de los síntomas de calidad del sueño en pacientes con trastornos depresivos.

Específicos:

1. Describir por edad y sexo los pacientes participantes en el estudio.
2. Correlacionar el uso de benzodiazepinas con la calidad de sueño.
3. Describir el impacto de la implementación de las medidas de higiene del sueño en pacientes con trastornos depresivos.

Hipótesis

H1: Es mayor la eficacia del uso de antidepresivos más higiene del sueño, en comparación con tratamiento conjunto de antidepresivos más alguna benzodiazepina en el abordaje de los síntomas de calidad del sueño en pacientes con trastornos depresivos.

H0: NO Es mayor la eficacia del uso de antidepresivos más higiene del sueño, en comparación con tratamiento conjunto de antidepresivos más alguna benzodiazepina en el abordaje de los síntomas de calidad del sueño en pacientes con trastornos depresivos.

Definición de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medida
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Número de años que tiene el adulto al momento de su participación en el estudio	Independiente Continua	18-59 años
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujeres y hombres	a) Masculino b) Femenino	Independiente Nominal Dicotómica	Femenino /Masculino
Trastorno depresivo	Grupo de síndromes clínicos que se caracterizan por una alteración persistente en el estado de ánimo, el cual tiende a la baja, y puede acompañarse de tristeza y síntomas somáticos.	Distimia Episodio depresivo Trastorno depresivo recurrente	Nominal, independiente	Distimia Episodio depresivo Trastorno depresivo recurrente
Duración del trastorno depresivo	Tiempo en meses de duración del trastorno depresivo.	0-al infinito	Independiente ordinal	0 al infinito
Gravedad del episodio depresivo.	Puntuación en la escala de Beck	0-4 Depresión ausente, 5-7 Depresión leve, 8-15 Depresión moderada > 15 Depresión grave.	Independiente Ordinal	0-4 Depresión ausente, 5-7 Depresión leve, 8-15 Depresión moderada > 15 Depresión grave.
ISRS	Fármaco perteneciente al grupo de los inhibidores de la recaptura de serotonina, que forma parte del tratamiento de	Todos los pacientes tomarán ISRS	De control.	Todos los pacientes tomaran ISRS.

	los participantes del estudio			
Benzodiazepinas	Las benzodiazepinas son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes	Alprazolam Midazolam Clonazepam Diacepam Lorazepam	Nominal independiente	Alprazolam Midazolam Clonazepam Diacepam Lorazepam
Medidas de higiene del sueño	Corresponde a una serie de doce recomendaciones que deberán ser implementadas por el participante.	Si / no	Nominal Independiente	Si /no
Gravedad del insomnio	Uno de los puntos que valora el índice de gravedad del Insomnio ISI	1. Dificultad para quedarse dormido 2. Dificultad para permanecer dormido 3. Despertarse muy temprano	Escala dependiente	Nada = 0 Leve = 1 Moderado = 2 Grave = 3 Muy Grave = 4
Satisfacción del sueño	Uno de los puntos que valora el índice de gravedad del Insomnio ISI	Grado de satisfacción del sueño.	Escala dependiente	Muy Satisfecho = 0 Moderadamente satisfecho = 1, 2 o 3 Muy Insatisfecho = 4
Interferencia con el funcionamiento diurno	Uno de los puntos que valora el índice de gravedad del Insomnio ISI	Grado de interferencia con el funcionamiento diurno	Escala dependiente	Nada = 0 Un poco = 1 Algo = 2 Mucho = 3 Muchísimo = 4
Percepción del problema del sueño por parte de los demás	Uno de los puntos que valora el índice de gravedad del Insomnio ISI	Percepción del problema del sueño del paciente por parte de los demás	Escala dependiente	Nada = 0 Un poco = 1 Algo = 2 Mucho = 3 Muchísimo = 4
Nivel de preocupación del paciente	Uno de los puntos que valora el índice de gravedad del Insomnio ISI	Nivel de preocupación del paciente.	Escala dependiente	Nada = 0 Un poco = 1 Algo = 2 Mucho = 3 Muchísimo = 4

Muestreo:

Población:

Muestra: por cuotas y por conveniencia. 30 o más por grupo. Para obtener a los participantes del estudio se solicitó su participación a los pacientes de la consulta externa del HPFBA. Para el grupo control, se solicitó a personas que no presentaban depresión, que trabajan en dicho hospital o que se encontraron en el parque de la explanada delegacional de Tlalpan.

Criterios de selección:

Grupo experimental:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes de la preconsulta
2. Edad 18-59
3. Pacientes sin antecedentes de tratamiento farmacológico.
4. Con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o Distimia según el CIE-10, y que se encuentre dicho diagnóstico en el expediente clínico en los últimos 6 meses (previa autorización por parte del jefe de la consulta externa).
5. A los cuales se les haya sido iniciado tratamiento con ISRS.

Criterios de exclusión.

1. Síntomas psicóticos
2. Toma de medicamentos hipnóticos o de uso común que induzcan sueño o provoquen insomnio.
3. Pacientes con ideación suicida.
4. Pacientes que requieran de hospitalización.

Criterios de eliminación:

1. Aplicación incompleta de los instrumentos de evaluación.

2. Que desarrollen algún síntoma psicótico durante el seguimiento
3. Que sean hospitalizados durante el seguimiento.

Grupo referencia:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes de la consulta externa
2. Edad 18-59
3. En tratamiento con un ISRS y una benzodiacepina.
4. Con diagnóstico de episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente o Distimia según el CIE-10

Criterios de exclusión.

1. Síntomas psicóticos
2. Toma de medicamentos hipnóticos o de uso común que induzcan sueño o provoquen insomnio.
3. Pacientes con ideación suicida.
4. Pacientes que requieran de hospitalización.

Criterios de eliminación:

1. Aplicación incompleta de los instrumentos de evaluación.
2. Que desarrollen algún síntoma psicótico durante el seguimiento
3. Que sean hospitalizados durante el seguimiento.

Grupo control:

Criterios de inclusión:

1. Adultos de entre 18 y 59 años
2. Sin diagnóstico psiquiátrico
3. Que acepten participar en el estudio

Criterios de exclusión.

1. Que tengan alguna patología psiquiátrica
2. Que tomen algún medicamento que induzca el sueño
3. Que tengan alguna enfermedad médica que produzca insomnio

Criterios de eliminación:

4. Aplicación incompleta de los instrumentos de evaluación.
5. Que desarrollen algún síntoma psicótico durante el seguimiento
6. Que sean hospitalizados durante el seguimiento.

Tipo de Estudio:

Diseño longitudinal, comparativo, descriptivo y correlacional.

Instrumentos:**Índice de Gravedad del Insomnio (ISI) (Insomnia Severity Index).**

Cuestionario breve, sencillo y autoadministrado. Consta de siete ítems. El primero evalúa la gravedad del insomnio (dividido en tres ítems); los demás sirven para medir la satisfacción del sueño, las interferencias del funcionamiento diurno, la percepción del problema del sueño por parte de los demás y el nivel de preocupación del paciente. Cada uno de esos ítems se califica mediante una escala tipo Likert, en donde 0 corresponde al síntoma ausente, y 4 a la presentación más grave. Para su interpretación se utiliza el puntaje total y se interpreta de la siguiente manera: ausencia de insomnio 0-7 puntos; insomnio leve 8-14 puntos; insomnio moderado 15-21 puntos e insomnio severo de 22-28 puntos. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.91 al ser comparado con el índice de

insomnio de Atenas. El ISI fue validado en español por su autor Bastien edición 2014 y en México por Jiménez-Genchi.³⁰ Ver anexo 1

Diario de registro de higiene del sueño:

Se otorgó a cada uno de los participantes asignados al grupo experimental una tabla, basada en el diseño de economía de fichas, en donde se registró que días llevaron a cabo las medidas de higiene del sueño. Ver anexo 3.

Escala de depresión autoaplicable de Beck:

El Inventario de Depresión de Beck (IDB), ha sido uno de los instrumentos clinimétricos que más se han utilizado para la detección de manifestaciones depresivas en estudiantes universitarios el cual ha sido traducido y validado en varios países e idiomas. Se trata de un instrumento auto-aplicable, la versión de 21 ítems es ampliamente aplicada y se califica en una modalidad de tipo Likert, los puntos de corte se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión. El estudio de validación al idioma español fue realizado en Buenos Aires por Bonicatto y cols., en 1998 determinándose la consistencia interna y la validez concurrente. (40)

En el terreno psiquiátrico el IDB ha mostrado tener una validez satisfactoria. El estudio de validez y re producibilidad en México fue realizado en 1991 por Torres-Castillo y en 1998 se estandarizó el instrumento en muestras más amplias de residentes de la ciudad de México, siendo aceptables los índices de confiabilidad y validez encontrados. La versión abreviada de 13 ítems también es muy utilizada.

Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos y van de 0 a 3 puntos, dando un puntaje total posible de 39 puntos. Los puntos de corte propuestos son: 0-4 Depresión ausente, 5-7 Depresión leve, 8-15 Depresión moderada y > 15 Depresión grave. (41-42) ver anexo 4. Autor: Aaron Beck, R. A. Steer 1988

Procedimiento:

Aprobación del trabajo de investigación emitido por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico FBA. Posteriormente se solicitó la autorización al jefe de la consulta externa para la realización del trabajo de investigación. Ya que se ha identificado al paciente participante se les informo de la investigación, los riesgos y beneficios, se les proporcionaron los consentimientos informados. Tanto al grupo experimental, como al de referencia y al control, se les aplico el índice de gravedad del insomnio ISI al igual que la escala autoaplicable de Beck para depresión, al inicio, al mes y a los tres meses. Al grupo experimental se le da una explicación individual de 30 minutos donde se enseña las medidas de higiene de sueño y se responden dudas. Se solicitó a personas en lugares públicos como en parque de la explanada delegacional de Tlalpan y en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, si deseaban contestar el ISI, para participar en el estudio como grupo control, previamente corroboran que no tuvieran algún diagnóstico de trastorno mental, a través de una entrevista psiquiátrica con un promedio de duración de 45 minutos. Posteriormente se realizó la base de datos, luego se analizó y se reportaron los resultados.

Consideraciones Éticas:

Durante la realización de este estudio se tomó en cuenta los principios de la bioética:

Beneficencia: se buscó ante todo el mejorar la calidad de vida y bienestar del paciente, proporcionándoles medidas de mejora en la calidad del sueño.

No maleficencia: el estudio no provoca ningún daño, no interfiere con el tratamiento instituido por el médico tratante, y no genera secuelas.

Autonomía: el participante fue libre de seguir en el estudio mientras lo desee, no fue coartada en ningún momento su capacidad de decisión.

Justicia: Todos los interesados pudieron ingresar al estudio, siempre y cuando firmen el consentimiento informado.

En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y

volumen máximo de 450 MI. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación.

Declaración de conflicto de intereses

El Dr. José Ibarreche Beltrán quien es asesor teórico de la presente tesis, funge como Jefe de la Consulta Externa, donde se recolecto 2 de los 3 grupos de la muestra.

Análisis Estadístico:

Se realizó una descripción de resultados mediante medidas de tendencia central. A cada grupo se le realizó la prueba de chi cuadrada y t de student para valorar el antes y el después. Se compararon los tres grupos mediante análisis de varianza (ANOVA).

Resultados.

La muestra se conformó por un total de 88 participantes de los cuales 63 fueron mujeres y 25 hombres. De los cuales 30 perteneció al grupo control (13 Hombres y 17 Mujeres).

El grupo que tuvo tratamiento con benzodiacepinas fueron 29 pacientes (8 Hombres y 21 Mujeres).

El grupo que tuvo higiene del sueño fueron 29 pacientes (3 Hombres y 26 Mujeres).

Imagen 2 Muestra de estudio.

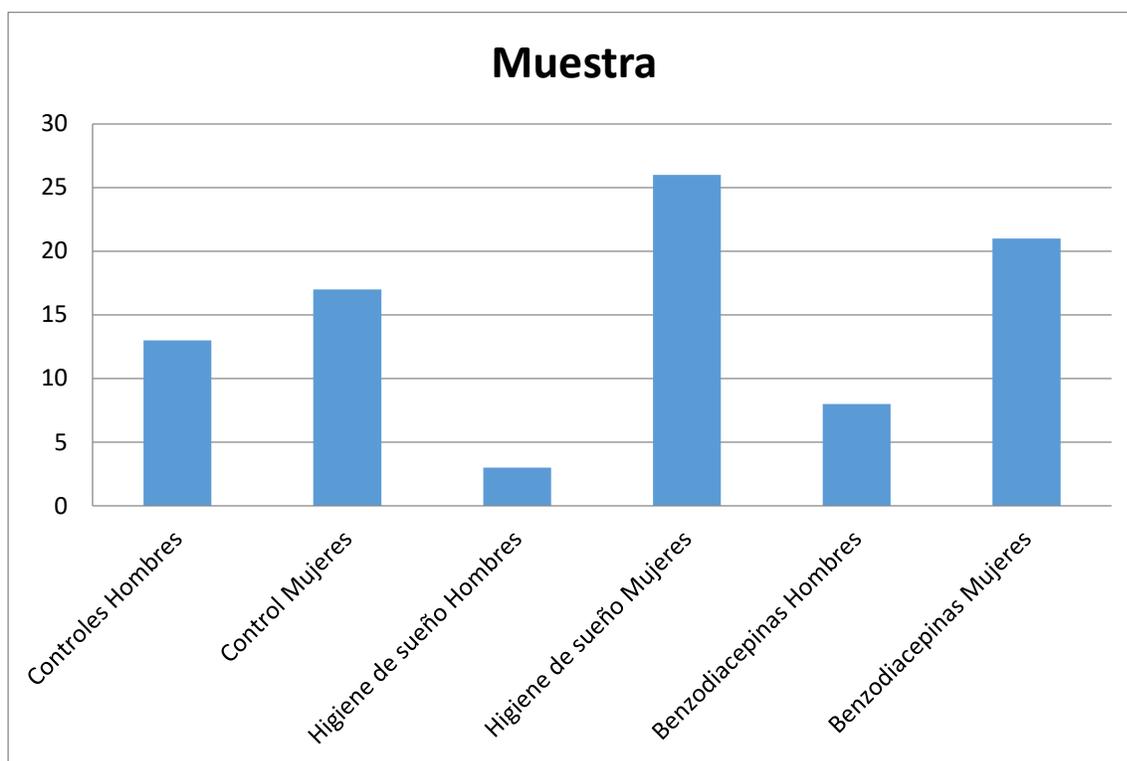


Tabla 3: Prueba ANOVA de los grupos

ISI a los tres meses	Grupo						p
	Control		Benzodiacepina		Higiene del sueño		
	X ²	Moda	X ²	Moda	X ²	Moda	
Dificultad para quedarse dormido	0.7	0	1.55	1	1.44	1	.002*
Dificultad para permanecer dormido	0.7	0	1.58	2	1.31	1	.004*
Despertarse muy temprano	1.16	0	1.44	2	1.41	1	.557
Satisfacción con su sueño	2.23	2	2.24	2	1.86	2	.346
Interferencia en funcionamiento	1.8	3	2.10	2	1.82	2	.414
Percepción de los otros en problema de sueño	1.1	0	1.89	3	1.65	2	.013*
Preocupación por el problema de sueño	1.3	2	2.10	2	1.72	2	.029*

*p estadísticamente significativa.

En cuanto a la dificultad para quedarse dormido, se observó que el grupo de higiene del sueño presento una leve en comparación con el de benzodiacepinas que presento leve y el grupo control no tuvo dicha dificultad.

En cuanto a la dificultad para permanecer dormido, se observó que el grupo de higiene del sueño presento una leve en comparación con el de benzodiacepinas que presento moderada y el grupo control no tuvo dicha dificultad.

En cuanto a despertarse muy temprano, se observó que el grupo de higiene del sueño presento una leve en comparación con el de benzodiacepinas que presento moderada y el grupo control no tuvo dicha dificultad.

En cuanto a la satisfacción del sueño, se observó que los tres grupos (higiene del sueño, el grupo de benzodiacepinas y el grupo control), obtuvieron una moderada satisfacción.

En cuanto a interferencia en funcionamiento, se observó que el grupo de higiene del sueño presento una moderada en comparación con el de benzodiacepinas que presento moderada y el grupo control obtuvo mucho.

En cuanto a la percepción de otros en problema de sueño, se observó que el grupo de higiene del sueño presento de resultado algo en comparación con el de benzodiacepinas que presento mucho y el grupo control no tuvo dicha dificultad.

En cuanto a la preocupación por el problema de sueño, se observó en los tres grupos (grupo de higiene del sueño, el de benzodiacepinas y el grupo control) obtuvieron de resultado algo de preocupación.

Se realizó una prueba de correlación de Pearson, encontrándose una relación directa entre la presencia de higiene del sueño y los reactivos del ISI

Dificultad para quedarse dormido ($p=.000$) encontrándose una tendencia a presentar leve en dicho rubro por lo que se observó mejoría.

Dificultad para permanecer dormido ($p= .001$) encontrándose una tendencia a presentar leve en dicho rubro por lo que se observó mejoría.

Percepción de los otros en problema de sueño ($p= .003$) encontrándose una tendencia a presentar algo en dicho rubro por lo que se observó mejoría.

En cuanto a la preocupación por el problema de sueño ($p=.008$) encontrándose una tendencia a presentar algo en dicho rubro por lo que se observó mejoría.

Discusión

Parte de las dificultades durante la realización del estudio fue la captura de pacientes con alteración en el patrón de sueño que no tuvieran ya prescrito una benzodiacepina, incluso los pacientes que no tenían prescrito benzodiacepinas por nuestro servicio, muchos ya las tomaban por la indicación de otro médico. Otros dejaron de acudir a la consulta por lo que el seguimiento se vio comprometido.

Uno de los mayores retos que se presento fue lograr el apego a las medidas de higiene de sueño en los pacientes, es de notar que estas medidas requieren un mayor compromiso, por lo que algunos pacientes optan por solo tomar un medicamento, provocando que algunos pacientes fueran excluido en el transcurso del estudio por no seguir dichas medidas. Cuando se les daba seguimiento a este grupo se les pedía su diario del sueño, muchos de ellos dejaban dicho diario en sus hogares, se tuvo que sacar a los pacientes que no mostraron compromiso en esto, ya que no se podía verificar que siguieran las medidas de higiene y sueño.

Otro de las dificultades que se encontraron fue la pobre adherencia terapéutica de algunos pacientes a los ISRS, estos pacientes también fueron excluidos del estudio, esto es una llamada de atención para que todo profesional de la salud para continuar identificando los factores de riesgo que causan la mala adherencia terapéutica y buscar tratar dichos factores ya que esto empeora el pronóstico de los pacientes

Conclusiones

En el presente trabajo se aprecia una mejora en el grupo que recibió higiene del sueño sobre el grupo que recibía benzodiazepinas, esto evidenciado en los resultados de la escala de ISI, principalmente mostrando una mejoría para lograr conciliar el sueño, seguido por la mejora para lograr mantener el sueño, esto provocó en los pacientes disminuir su preocupación por la dificultad que se tenía para conciliar el sueño, mejorando la calidad de vida del paciente.

Es importante que los profesionales de la salud estén más informados sobre el insomnio y de su tratamiento, ya que en nuestra población es un síntoma que deteriora la calidad de vida de forma importante y que puede ser la expresión de una enfermedad psiquiátrica, pudiéndose mejorar la calidad de vida del paciente con un oportuno y adecuado diagnóstico y de las opciones terapéuticas que hay para su tratamiento.

Este estudio es una invitación a continuar investigando sobre este problema de salud, incluso en el replicar este estudio a una mayor escala, pudiendo salir más significante los resultados.

Sería de gran relevancia que se iniciara una valoración de la calidad del sueño desde un primer nivel de atención en la salud, ya que actualmente solo en áreas de especialidad y subespecialidad se estudian estos casos, quedando la mayoría sin ser tratados o recibir una atención oportuna.

El sobre uso de benzodiazepinas continúa siendo un problema en el tratamiento del insomnio en los pacientes y este estudio pretende ser una fuente más que demuestra la validez del uso de medidas de higiene del sueño ante el tratamiento del insomnio.

Referencias Bibliográficas.

1. Díaz, A. Guía Clínica para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos emocionales. Consenso 2010. ISBN: 03-2011-022513461900-01.
2. Berenzon Shoshana, Lara María Asunción, Robles Rebeca, Medina-Mora María Elena. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 Feb [citado 2016 Jun 18] ; 55(1): 74-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es.
3. Murray CJL López, AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard University Press, World Health Organization and The World Bank, 1996.
4. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007;6(3):168-176.
5. Aguilar-Gaxiola S, Kramer E, Resendez C, Magaña C. The context of depression in Latinos in the United States. En: Aguilar- Gaxiola S, Gullotta T, ed. Depression in Latinos. Assessment, treatment and prevention. New York: Springer, 2008.
6. Fleiz C, Ito E, Medina-Mora ME, Ramos L. Los malestares masculinos: Narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. Salud Mental 2008;31:381-339.

7. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord* 2012;138;35:1-11.
8. Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental* 2007;30:4-11.
9. Sadock, B. Sadock, V, Ruiz, P. Kaplan and Sadock, *Synopsis of Psychiatry, behavioral sciences/clinical psichiatty*. Wolters Kluwer. 11 th edition. 2015.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013.
11. O.M.S.: CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
12. Jindal, R. Thase, M. Treatment of insomnia associated with clinical depression. *Sleep Medicine Reviews* 2004; 8, 19–30. doi:10.1016/S1087-0792(03)00025-X
13. Feinberg M, Carroll BJ. Biological markers for endogenous depression. Effect of age, severity of illness, weight loss, and polarity. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1080-1085.
14. Frank E, Kupfer DJ, Hamer T, Grochocinski VJ, McEachran AB. Maintenance treatment and psychobiologic correlates of endogenous subtypes. *J. Affect Disord* 1992; 25: 181-189.

15. Thase ME, Kupfer DJ, Ulrich RF. Electroencephalographic sleep in psychotic depression. A valid subtype? Arch Gen Psychiatry 1986; 43(9): 886-893.
16. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, Clark DC, Young MA, Hedeker D, Gibbons R. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. Am J Psychiatry 1990; 147:1189-1194.
17. Reynolds CF, Frank E, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Cornes C, Buysse DJ, Kupfer DJ. Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication? Am J Psychiatry 1997; 154: 958-962.
18. Buysse DJ, Tu XM, Cherry CR, Begley AE, Kowalski J, Kupfer DJ, Frank E. Pre-treatment REM sleep and subjective sleep quality distinguish depressed psychotherapy remitters and nonremitters. Biol Psychiatry 1999; 45: 205-213.
19. Thase ME, Simons AD, Reynolds CF III: Abnormal electroencephalographic sleep profiles in major depressions: association with response to cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 99-108.
20. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry 1996; 39: 411-418.
21. Chang PP, Ford DE, Mead LA, Cooper-Patrick L, Klag MJ. Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins precursors study. Am J Epidemiol 1997; 146: 105-114.

22. Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 81-88.
23. Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Tu X, Kupfer DJ. Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *J Affect Disord* 1997; 42: 209-212.
24. Casper RC, Katz MM, Bowden CL, Davis JM, Koslow SH, Hanin I. The pattern of physical symptom changes in major depressive disorder following treatment with amitriptyline or imipramine. *J Affect Disord* 1994; 31: 151-164
25. Kupfer DJ. Sleep research in depressive illness: clinical implications - a tasting menu. *Biol Psychiatry* 1995; 38: 391-403.
26. Stickgold R, Hobson JA, Fosse R, Fosse M. Sleep, learning, and dreams: off-line memory reprocessing. *Science* 2001;294(5544): 1052-1057.
27. Valerde C, Pastrana LS, Ruiz JA, Solis H, Jurado JL, Sordo CM, Fernandez-Guardiola A, Maisterrena JA. Neuroendocrine and electroencephalographic sleep changes due to acute amphetamine ingestion in human beings. *Neuroendocrinology* 1976; 22: 57-71.
28. Thase ME, Jindal R, Howland RH. Biological processes in depression. In: I Gottlieb, CL Hammen (eds.) *Handbook of Depression*, 3rd edn. New York, NY: Guilford Press 2002; 192-218.
29. Sharpley AL, Cowan PJ. Effects of pharmacological treatments on sleep of depressed patients. *Biol Psychiatry* 1995;37: 85-98
30. Bastien C, Vallieres A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001; 2:297-307.

31. Wu JC, Bunney WE. The biological basis of an antidepressant response to sleep deprivation and relapse: review and hypothesis. *Am J Psychiatry* 1990;147:14-21
32. Wu J, Buchsbaum MS, Gillin JC, et al. Prediction of antidepressant effects of sleep deprivation by metabolic rates in the ventral anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Am J Psychiatry*. 199; 156:1149-1158.
33. Schilgen, B. Bischofs W, Blaszkiewicz F, et al. Total and partial sleep deprivation in the treatment of depression: preliminary communication. (in German) *Arzneimittelforschung* 1976; 26: 1171-1173.
34. Vogel GW, MacAbee R, Barker K, et al. Endogenous depression improvement and REM pressure. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34:96-97.
35. Riemann D, Berger, M, Voderholzer, U. Sleep and depression: results from psychobiological studies: an overview. *Biol Psychol* 2001; 57: 67-103.
36. Morin CM, Bootzin R, Buysse, D, et al. Psychological and behavioral treatment of insomnia. *Sleep* 2006; 51: 6-19.
37. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: A randomized, controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1856-1864.
38. Morin CM, Bastien CH, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive-behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004;161:332-42

39. Lichstein KL, Peterson BA, Riedel BN, Means MK, Epperson MT, Aguillard RN. Relaxation to assist sleep medication withdrawal. *Behav Modif* 1999;23:379-402
40. Bonicatto, S. Analysis of the psychometric properties of the Spanish versions of the Beck depression inventory in Argentina. *Psych Res*; 1998: 79; 277-285
41. Torres, C. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. *Salud Mental*; 1991 (14); 1-6
42. Jurado, S. "La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México"; *Salud Mental*; 1998; Volumen 21; 26-31

Anexos

Anexo 1: Imagen 3: Índice de severidad del insomnio. ISI.

1. Indica la gravedad de tu actual problema (s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	

☾ Practique un ritual antes de acostarse: lavarse los dientes, ponerse la pijama, etc.

☾ Vaya a dormir sin hambre y sin sed

☾ Procure ir a dormir a la misma hora

★ Evite consumo de cenas abundantes y alcohol cercano a la hora de ir a dormir

★ Levántese todas las mañanas a la misma hora

★ Por favor, **NO INTENTE ALCANZAR AL SUEÑO, EL SUEÑO LO ALCANZARÁ A USTED.**

☾ Mantenga su habitación fresca, no calurosa

☾ Practique ejercicio aeróbico, preferentemente en las mañanas, nunca tres horas previas a ir a dormir

★ Su cama debe ser cómoda; almohadas y ropa de dormir deben ser confortables

★ Evite hacer siestas durante el día

☾ Evite cualquier actividad distinta a dormir (comer, ver t.v., platicar, leer) cuando vaya a su cama con la intención de dormir

☾ Modere o evite el consumo de bebidas cafeïnadas (café, refrescos de cola, te, chocolate)

★ Mantenga lejos de su vista relojes o despertadores.

★ Modere o evite el consumo de tabaco y alcohol



Anexo 3: Imagen 5: Diario de medidas de higiene del sueño

Mes: _____

Haga el favor de marcar el día en el que realice la correcta aplicación de las medidas de higiene del sueño.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Mes: _____

Haga el favor de marcar el día en el que realice la correcta aplicación de las medidas de higiene del sueño.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Anexo 4 Imagen 6: Escala de depresión de Beck.

Elija para cada uno de los siguientes 21 apartados, la expresión que mejor refleje su estado actual.

Pregunta 1

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento triste siempre.
4. Estoy tan triste que no puedo soportarlo.

Pregunta 2

1. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
2. Me siento desanimado de cara al futuro.
3. Siento que no tengo nada que esperar.
4. En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar.

Pregunta 3

1. No creo que sea un fracaso.
2. He fracasado más que una persona normal.
3. Al recordar mi vida, todo son fracasos.
4. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

Pregunta 4

1. Me satisfacen las cosas como antes.
2. No disfruto como antes.
3. Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

Pregunta 5

1. No me siento especialmente culpable.
2. Me siento culpable una buena parte del tiempo.
3. Me siento culpable casi siempre.
4. Me siento culpable siempre.

Pregunta 6

1. No creo que esté siendo castigado.
2. Creo que puedo ser castigado.
3. Espero ser castigado.
4. Creo que estoy siendo castigado.

Pregunta 7

1. No me siento decepcionado de mí mismo.
2. Me siento decepcionado de mí mismo.
3. Estoy disgustado conmigo mismo.
4. Me odio.

Pregunta 8

1. No creo ser peor que los demás.
2. Me critico por mis errores.
3. Me culpo siempre de mis errores.
4. Me culpo de todo lo malo que me sucede.

Pregunta 9

1. No pienso en matarme.
2. Pienso en matarme pero no lo haré.
3. Me gustaría matarme.
4. Me mataría si tuviera una oportunidad.

Pregunta 10

1. No lloro más que de costumbre.
2. Lloro más de lo que solía hacer.
3. Ahora lloro todo el tiempo.
4. Ahora no puedo llorar, aunque quiera.

Pregunta 11

1. No me irrito más que antes.
2. Me irrito un poco más que antes.
3. Estoy bastante irritado una buena parte del tiempo.
4. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

Pregunta 12

1. No he perdido el interés por otras personas.
2. Estoy menos interesado que de costumbre.
3. He perdido casi todo mi interés por otras personas.
4. He perdido mi interés por otras personas.

Pregunta 13

1. Tomo decisiones como casi siempre.
2. Postergo la toma de decisiones.
3. Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.
4. Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta 14

1. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
2. Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.
3. Me parece que ha habido cambios que me hacen menos atractivo.
4. Me veo feo.

Pregunta 15

1. Puedo trabajar tan bien como antes.
2. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
3. Tengo que obligarme para hacer algo.
4. No puedo trabajar en absoluto.

Pregunta 16

1. Puedo dormir como siempre.
2. No duermo tan bien como solía hacerlo.
3. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.
4. Me despierto más de dos horas antes de lo habitual.

Pregunta 17

1. No me canso más de lo habitual.
2. Me canso más fácilmente que habitualmente.
3. Me canso sin hacer nada.
4. Estoy demasiado cansado para hacer algo.

Pregunta 18

1. Mi apetito no es peor que de costumbre.

2. Mi apetito no es tan bueno como antes.
3. Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
4. Ya no tengo apetito.

Pregunta 19

1. No he perdido peso.
2. He perdido más de dos kilos y medio.
3. He perdido más de cinco kilos.
4. He perdido más de siete Kilos.

Pregunta 20

1. No me preocupa mi salud más de lo habitual.

2. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias de estómago...
3. Estoy muy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
4. Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa.

Pregunta 21

1. No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
2. Estoy menos interesado de lo que solía estar.
3. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
4. He perdido por completo el interés por el sexo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES CON ISRS Y MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO.

“Calidad de sueño en pacientes con trastornos depresivos comparando el tratamiento con ISRS más benzodiazepinas contra ISRS y medidas de higiene del sueño, en pacientes del HPFBA”

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Yo: _____ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de estudiar cómo se encuentra mi calidad de sueño.
- II. Se me ha informado que tendré que contestar la escala autoaplicable de índice de gravedad del insomnio y que tendré que realizar las medidas de higiene del sueño.
- III. Que la escala de índice de gravedad del insomnio se me volverá a aplicar dentro de un mes y dentro de tres meses posteriores a esta fecha para ver mi evolución.
- IV. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi empleo actual.
- V. Los resultados de este estudio ayudarán a determinar si dichas medidas ayudan a mejorar mi calidad de sueño.
- VI. Se me ha informado que, en caso de requerir atención intrahospitalaria, seré enviado al servicio de urgencias.
- VII. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- VIII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del servicio médico ni mi relación laboral con la empresa.
- IX. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto.

Nombre del Testigo

Nombre del participante

Investigador: Dr. Jorge Josué
Torres Rosete.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES CON SERTRALINA Y
BENZODIACEPINAS**

**“Calidad de sueño en pacientes con trastornos depresivos comparando el
tratamiento con ISRS más benzodiazepinas contra ISRS y medidas de higiene del
sueño, en pacientes del HPFBA”**

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- X. Yo: _____ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de estudiar cómo se encuentra mi calidad de sueño.
- XI. Se me ha informado que tendré que contestar la escala auto aplicable de índice de gravedad del insomnio .
- XII. Que la escala de índice de gravedad del insomnio se me volverá a aplicar dentro de un mes y dentro de tres meses posteriores a esta fecha para ver mi evolución.
- XIII. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi empleo actual.
- XIV. Los resultados de este estudio ayudarán a determinar si dichas medidas ayudan a mejorar mi calidad de sueño.
- XV. Se me ha informado que, en caso de requerir atención intrahospitalaria, seré enviado al servicio de urgencias.
- XVI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación
- XVII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi atención de parte del servicio médico ni mi relación laboral con la empresa.
- XVIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto.

Nombre del Testigo

Nombre del participante

Investigador: Dr. Jorge Josué
Torres Rosete.

Carta de información al jefe de servicio.

México, D.F., a ____ de ____ de 20__.

Dr. José Ibarreche Beltrán.
Jefe de la Consulta Externa.
Presente.

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio **“Calidad de sueño en pacientes con trastornos depresivos comparando el tratamiento con Sertralina más benzodiacepinas contra ISRS y medidas de higiene del sueño, en pacientes del HPFBA”**, mismo que pretende llevarse a cabo durante un período de seis meses durante la rotación del médico residente **Jorge Josué Torres Rosete**, en el servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. El estudio consistirá en la aplicación **de la escala autoaplicable del índice de gravedad del Insomnio ISI, en tres ocasiones, una basal, después al mes y posteriormente a los 3 meses, a los pacientes que se encuentren en manejo con ISRS y benzodiacepinas. Y a los pacientes que en la preconsulta cuenten con diagnóstico de depresión y les sea iniciado ISRS, se les proporcionarán las indicaciones de higiene del sueño, y también les será aplicada del índice de gravedad del Insomnio ISI, en tres ocasiones, una basal, después al mes y posteriormente a los 3 meses.**

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

Dr. Jorge Josué Torres Rosete
Residente de tercer año de Psiquiatría