



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Maestría en Psicología

División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología

Residencia en Trastornos del Dormir

Relación del Malestar por Pesadillas con la Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios

Tesis

Que para optar por el grado de:

Maestro en Psicología

Presenta:

Rafael Cuéllar Reyes Spíndola

Tutor:

Dr. Rafael Jesús Salín Pascual

Facultad de Medicina, Depto. Psiquiatría y Salud Mental, UNAM

Ciudad de México, Mayo, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Índice	II
Lista de Abreviaturas	IV
Resumen	1
Abstract	3
Antecedentes	5
1. Suicidio e Ideación Suicida	5
2. Pesadillas	21
3. Malestar por Pesadillas	30
4. Frecuencia de Pesadillas	35
Pregunta de Investigación.....	39
Justificación y Planteamiento	39
Hipótesis	41
Generales.....	41
Específicas	41
Objetivos.....	42
Objetivos Principales	42
Objetivos Secundarios	42
Método	43
1. Caracterización de Variable Dependiente y Variables Independientes	43
2. Definiciones Conceptuales.....	43
3. Definiciones operacionales	44
4. Tipo de Estudio y Diseño	45
5. Población de Estudio	45
6. Muestra	46
7. Tamaño de la Muestra.....	46
8. Material e Instrumentos	50
Procedimiento	53
1. Fase I.....	53
2. Fase 2	54

Fase I: Adaptación y Validación del Cuestionario de Malestar por Pesadillas	57
1. Plan de Análisis Fase I.....	57
2. Resultados Fase I.....	59
3. Discusión Fase I	65
4. Conclusiones Fase 1	68
Fase II: Relación del Malestar por Pesadillas con la Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios.....	69
1. Plan de Análisis Fase II.....	69
2. Resultados Fase II.....	71
3 Discusión Fase II	79
4. Conclusiones Fase II.....	84
Conclusiones Generales	86
Limitaciones y Fortalezas Generales del Estudio	87
1. Limitaciones	87
2. Fortalezas	88
Referencias	89
Anexos.....	99
Anexo 1. Escala de Ideación Suicida de Beck (1979), Adaptada por González y cols. (2000)	99
Anexo 2. Cuestionario de Malestar por Pesadillas (Belicki, 1992), Adaptado y Validado por Rafael Cuéllar Reyes Spíndola (CMP-Mx).	103
Anexo 3. Cuestionario de Frecuencia de Pesadillas (Krakow, 2000), Adaptado por Rafael Cuéllar Reyes Spíndola.....	104
Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado	106

Lista de Abreviaturas

AASM: Academia Americana de Medicina del Dormir

CFP: Cuestionario de Frecuencia de Pesadillas

CMP: Cuestionario de Malestar por Pesadillas

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición

Escala ISB: Escala de Ideación suicida de Beck

ICSD (por sus siglas en inglés): Clasificación Internacional de los Trastornos del Dormir

MINI: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

OMS: Organización Mundial de la Salud

RM: razón de momios

PSG: polisomnografía

Sueño MOR: sueño de movimientos oculares rápidos

Sueño no MOR: sueño sin movimientos oculares rápidos

TDM: trastorno depresivo mayor

TEPT: trastorno por estrés postraumático

TOC: Trastorno obsesivo compulsivo

Introducción

El suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel internacional y nacional, el cual se encuentra dentro de las principales causas de muerte generales en adolescentes y adultos jóvenes. El suicidio es potencialmente prevenible mediante la identificación de factores de riesgo tales como: individuales (intento previo de suicidio, psicopatología, abuso de sustancias o alcohol, antecedentes familiares, trastornos del sueño), socioculturales (estigma asociado a buscar ayuda, barreras para el acceso a servicios de salud, creencias culturales o religiosas). En el caso particular de los trastornos del sueño se ha encontrado que las conductas suicidas se asocian con el insomnio y más recientemente con las pesadillas.

Pocos son los estudios que han evaluado la asociación entre pesadillas y conducta suicida en estudiantes universitarios, en general en los estudios encontrados se observó que la ideación suicida se correlaciona de forma significativa con las pesadillas, inclusive después de controlar estadísticamente síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y síntomas de estrés postraumático (Nadorff, Nazem & Fiske, 2011, 2013), así como también que sólo las pesadillas, y no el insomnio, predicen de forma significativa la ideación suicida (Cukrowicz et al., 2006). En dichas investigaciones se evaluaron las pesadillas con un solo instrumento de forma general, que valora tanto la frecuencia como la intensidad o gravedad de las pesadillas, lo cual no permite evaluar el malestar por pesadillas de forma independiente. Por lo que la presente investigación tuvo como finalidad determinar la asociación entre la frecuencia y el malestar por pesadillas, evaluándolas de forma independiente. Si bien se ha reportado en la literatura que la frecuencia de pesadillas se asocia con la ideación suicida, el malestar por pesadillas pudiera también estar contribuyendo a la ideación suicida. A la fecha no existen estudios de esto último, por ello hipotetizamos que el

malestar por pesadillas pudiera estar contribuyendo de forma más relevante sobre la ideación suicida que la frecuencia de las pesadillas.

Resumen

Las pesadillas son uno de los trastornos del dormir que se han relacionado con mayores niveles de riesgo de suicidio. En diversos estudios se ha observado que las pesadillas son la única de las perturbaciones en el sueño que se siguen asociando con la conducta suicida después de controlar estadísticamente diversos diagnósticos psiquiátricos. En cuanto a la forma de evaluar las pesadillas, es importante hacer una distinción entre frecuencia de pesadillas y el malestar por pesadillas, ya que un incremento de la primera no se relaciona necesariamente con un incremento en la segunda. Además, en diversos estudios se ha encontrado que el malestar por pesadillas es el que media la relación entre frecuencia de pesadillas y diversa psicopatología. Este estudio buscó analizar la relación que existe entre el malestar por pesadillas con la ideación suicida en estudiantes universitarios. Para llevar a cabo estos objetivos se dividió la investigación en dos fases: en la primera etapa se realizó la validación psicométrica del Cuestionario de Malestar por Pesadillas (CMP) mediante la aplicación de la versión original de este cuestionario a 88 estudiantes universitarios obteniendo una versión final de 10 reactivos con buenas propiedades psicométricas, buena estructura factorial y excelente consistencia interna; también en esta primer etapa se adaptó el Cuestionario de Frecuencia de Pesadillas (CFP). Mientras que en la segunda etapa se usó el cuestionario validado en la primer etapa (CMP-Mx) y el CFP adaptado, así como también la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional en una muestra de 25 estudiantes universitarios de diversas carreras de estudios, encontrándose que el malestar de pesadillas se correlacionaba de forma significativa y era predictor de la ideación suicida, por otro lado la frecuencia de pesadillas no se asoció de forma significativa con ninguna variable relevante estudiada; adicionalmente cuando la muestra se dividió en dos

subtipos, se observó que el grupo con ideación suicida presentó mayor malestar por pesadillas, pero no mayor frecuencia de pesadillas, en comparación a los estudiantes sin ideación suicida. Todo esto nos hace concluir que el malestar por pesadillas tiene mayor relevancia clínica que la frecuencia de pesadillas en la muestra estudiada.

Para llevar a cabo todos los análisis estadísticos se usó el software IBM ® SPSS ® Statistics Version 20.

Palabras claves: suicidio, ideación suicida, pesadillas, malestar por pesadillas, frecuencia de pesadillas.

Abstract

Nightmares are amongst one of the sleep disorders that have been related in the literature with a greater degree of suicidality. In several research papers it's been pointed out that, after statically controlling for diverse mental disorders, nightmares are the only one of the sleep perturbations that are correlated with suicide behavior. With regards to the way we can evaluate nightmares, it's important to make a distinction between nightmare frequency and nightmare distress because an increase in the former is not necessarily related to an increase in the latter. Additionally, in several studies it's been found that nightmare distress mediates the relation between nightmare frequency and diverse psychopathologies. The current investigation pretended to analyze the relation between nightmare distress and suicidal ideation in a sample of undergraduate college students. In order to fulfill the objectives of this investigation it was divided into two phases: in the first phase of the study the instrument called Nightmare Distress Questionnaire (NDQ) was adapted and validated after being answered by a sample of 88 college students and thus obtaining a final Mexican version that consisted of 10 items; this instrument proved to have good psychometric properties, a good factorial structure and an excellent internal consistency. Additionally in this first phase, the Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ) was adapted to the Spanish Mexican language. In the second stage of this investigation the Mexican version of the NDQ, the adapted version of the NFQ, as well as the Beck's Suicidal Ideation Scale and the MINI neuropsychiatric interview were used in a sample of 25 college students. We found that the nightmare distress correlated significantly with and also was a predictor for suicidal ideation, on the other hand nightmare frequency did not correlate significantly with any relevant variable that we analyzed; additionally when the sample was divided into two subgroups, it was noticed that the group that presented suicidal ideation had a greater frequency of nightmare distress, but this

group did not have a greater degree of nightmare frequency when they were compared with the subgroup of students without suicidal ideation. All of these findings mentioned made us conclude that from a clinical perspective nightmare distress is more relevant than nightmare frequency in its associations with suicidal ideation.

For all of the statistical analysis the IBM ® SPSS ® Statistics Version 20 was employed.

Keywords: suicide, suicidal ideation, nightmares, nightmare distress, nightmare frequency.

Antecedentes

Los principales elementos conceptuales del trabajo de investigación presente son la ideación suicida, el malestar por pesadillas y la frecuencia de pesadillas. Se explican a continuación las principales formas en que se han abordado, así como los antecedentes relevantes de las investigaciones realizadas sobre éstos.

1. Suicidio e Ideación Suicida

El suicidio es un problema multifactorial que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (5ta ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) se puede definir como el acto de causar la propia muerte de forma intencional. En este acto intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí (Gutiérrez García, Contreras, Orozco Rodríguez, 2006).

Por otro lado, la ideación suicida se puede definir como los pensamientos de auto-lesión, con consideración o planeación deliberada de técnicas posibles que causen la propia muerte (DSM-5).

Beck y cols. (1972) señalan que los ideadores suicidas se identifican como:

“Aquellos individuos que presentan deseos y planes de cometer suicidio, pero sin haber realizado ningún intento de suicidio manifiesto de forma reciente” (citado en Beck, Kovacs & Weissman, 1979, p.344).

El suicidio no se define por un solo comportamiento, sino que es una serie de etapas vinculadas con pensamientos y comportamientos específicos que pueden ocurrir en forma secuencial o no. Van Heeringen indica que dichas etapas se pueden clasificar en dos categorías:

- 1) cognoscitiva: ideación y estructuración cognoscitiva de la planeación y preparación del acto;

2) conductual: comportamientos relacionados con el intento y el suicidio consumado (citado en Rosales, 2012).

Beck delimitó la existencia de un pensamiento antecedente al intento de suicidio o al suicidio consumado que podría ser indicador de la activación del comportamiento suicida y que denominó ideación suicida (Beck et al., 1979).

Posteriormente, Beck, Steer y Brown (1993) mencionaron que existen dos componentes del deseo de quitarse la vida: la fantasía acerca de la propia muerte y la auto-motivación para hacer lo anterior. De esta manera la ideación suicida se identificó con tres pensamientos básicos: fantasía de muerte, auto-motivación y planeación para quitarse la vida. Freeman y Reinecke (1995) señalan que si lo vemos de forma secuencial, “la ideación suicida se ubica como el primer componente del comportamiento suicida” (citado en Rosales 2012, p. 36), mientras que el intento suicida y el suicidio consumado serían los componentes que le seguirían. De hecho, Orbach y cols. (2007) identificaron que la mayoría de los que cometieron suicidio, presentaron primeramente ideación suicida (citado en Rosales, 2012, p. 37).

Reinecke y Franklin-Scott (2005) mencionan que podemos entonces identificar tres grupos de sujetos según el momento en que se encuentren de la secuencia del comportamiento suicida: (a) el grupo de los que desean y planean suicidarse (ideadores); (b) el grupo de quienes han efectuado al menos un intento suicida, pero que no han logrado su cometido (intentadores suicidas); y (c) el grupo de los que ya efectuaron un acto de auto-lesión con el propósito de acabar con su vida y lograron su cometido, consumidores suicidas (citado en Rosales, 2012, p. 37).

1.1 Panorámica general epidemiológica del suicidio en el mundo y en México. En 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el 2012 se registraron en el

mundo alrededor de 804,000 muertes por suicidio, lo que representó una tasa anual mundial de suicidio de 11.4 por 100,000 habitantes (15.0 en hombres y 8.0 en mujeres). También en este mismo reporte se menciona que el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad, así como que hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse.

En México Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora (2010) realizaron un trabajo descriptivo para presentar una panorámica epidemiológica del suicidio en México mediante la revisión de la mortalidad por suicidio de 1970 a 2007, encontrando que:

1. La mortalidad por suicidio aumentó de forma constante en el periodo comprendido de 1970 a 2007, siendo el crecimiento mayor en hombres, con una diferencia en la mortalidad masculina/femenina de 5:1 en la década del 2000.

2. Para los adolescentes y adultos jóvenes, en el 2007, la mortalidad por suicidio se encontró entre las 4 principales causas de mortalidad en hombres y entre las primeras seis en mujeres (ver tabla 1).

Tabla 1
Lugar que Ocupa el Suicidio entre las Principales Causas de Muerte de México (2007)

Rango de edad	Hombres	Mujeres	General
14 a 19 años	3°	2°	3°
20 a 24 años	3°	2°	3°
25 a 29 años	4°	6°	4°

3. El suicidio consumado es más común en hombres, mientras que la conducta suicida (ideación, planes e intento) es más frecuente entre las mujeres.

4. Alrededor de 75.41% de los casos de intento de suicidio en la población adulta reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. En las mujeres adultas con un intento de suicidio son los trastornos por ansiedad los más reportados (56.74%), mientras que en los hombres los que tienen mayor prevalencia son los trastornos por sustancias (70%).

5. El 8.74% de la población de 18 a 29 años edad reportó ideación suicida en los últimos 12 meses.

Por otro lado, en 2013 el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) publicó los resultados de la encuesta realizada en 2011 sobre el suicidio donde reportó que hubieron 5,718 casos de suicidios de los cuales 80.8% fueron cometidos por hombres.

1.2 Factores de riesgo generales para el suicidio. Los factores sociales, psicológicos y culturales pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda (OMS, 2014).

La OMS (2014) señala que el factor de riesgo más importante para el suicidio en la población general es un intento previo de suicidio.

De forma resumida se pueden observar algunos de los principales factores de riesgo para el suicidio en la tabla 2.

Tabla 2
Factores de riesgo para el suicidio

Individuales	Socioculturales	Situacionales
Intento previo de suicidio.	Estigma asociado con buscar ayuda.	Desempleo
Trastorno mental: ansiedad y depresión		Falta de dinero
Abuso de alcohol o sustancias.	Barreras para el acceso a servicios de salud.	
Desesperanza.		Fácil acceso a material potencialmente letal.
Aislamiento.	Ciertas creencias culturales o religiosas.	
Falta de apoyo social.		Eventos estresantes de la vida (estrés psicosocial).
Tendencias agresivas.	Exposición a conductas suicidas.	Problemas con la familia, pareja y amigos. Vivir infancia o adolescencia con sólo un progenitor, un familiar o diferente a un familiar.
Antecedentes familiares de suicidio.		
Antecedentes de trauma o abuso.		
Enfermedad grave o crónica.		
Impulsividad		
Haber recibido atención psicológica.		
Pensamientos negativos sobre uno mismo.		

Recuperado y modificado de Organización Mundial de la Salud (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework.

1.2.1 Epidemiología y factores de riesgo de la ideación suicida en universitarios

mexicanos. A continuación se describen las investigaciones que han evaluado la presencia de ideación suicida en jóvenes universitarios mexicanos. González-Forteza, García, Medina-Mora y Sánchez (1998) evaluaron la presencia de la ideación suicida en dos generaciones de estudiantes de una universidad privada (1890 alumnos), encontraron que la presencia de uno o más síntomas

de ideación suicida, valorada con Escala de Ideación Suicida de Roberts, se encontraron entre 27% a 30% de los jóvenes universitarios, hallando que la autoestima era una variable predictora de protección, mientras que las variables predictoras de riesgo fueron el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales. Además encontraron que las mujeres presentaron mayor cantidad de síntomas de ideación suicida en comparación a los hombres.

Por otra parte González M., Díaz, Ortiz, González-Forteza y González N. (2000) encontraron que la ideación suicida en una muestra de 122 estudiantes universitarios de la UNAM (17 a 25 años de edad) fue de 11% en los varones y de 21% en las mujeres, de acuerdo con el diagnóstico o criterio clínico (realizado por médico psiquiatra).

Por otro lado, Córdova, Rosales M., Caballero y Rosales J.C. (2007) realizaron una investigación que evaluó la presencia de ideación suicida y su asociación con aspectos psicosociodemográficos en 521 estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM (17 a 29 años de edad). Se reportó que el 59.9 % de los jóvenes manifestó algún síntoma de ideación suicida (evaluada con la Escala de Ideación Suicida de Beck). Los aspectos psicosociodemográficos relacionados significativamente con la ideación suicida fueron: cuando no trabajan; el haber vivido la infancia o adolescencia con sólo la madre o un familiar; consumir cigarro, café, alcohol, drogas; percibir que su vida ha sido trastornada por algún evento; contar con familiares; cuando el dinero no cubre sus necesidades; el haber recibido atención psicológica; manifestar pensamientos negativos o ambivalentes sobre sí mismos; y percibir un futuro difícil e incierto.

También Lazarevich, Delgadillo, Rodríguez y Mora (2009) reportaron la prevalencia del riesgo suicida y las características psicosociales en una muestra 752 alumnos de la UAM Xochimilco (17 a 25 años de edad). Encontraron que el 3.5 % de los jóvenes presentaron

ideación suicida (evaluado con la Escala de Riesgo Suicida de Plutckik) y que el riesgo suicida se relacionaba con depresión, ansiedad y desesperanza; en las mujeres además se relacionó con problemas en la familia, problemas de pareja, problemas económicos y consumo de alcohol; mientras que en los hombres se relacionó con problemas en la familia, problemas con amigos, problemas económicos y problemas académicos.

En los estudios previos se puede observar que en general coinciden en algunos de los factores de riesgo en universitarios mexicanos relacionados con el suicidio, éstos se pueden observar en la tabla 3. Es de llamar la atención que en ninguno de los estudios en México, así como tampoco en el reporte de la OMS (2012) mencionado anteriormente sobre los factores de riesgo para la ideación suicida en la población general, se hace mención de los trastornos del dormir, y en particular de las pesadillas, como factores de riesgo, a pesar de que en la literatura hay evidencia amplia que muestra su contribución a la ideación suicida.

Tabla 3
Factores de riesgo para el suicidio en estudiantes universitarios mexicanos

Individuales	Socioculturales o situacionales
Trastornos mentales	Problemas económicos
Abuso de alcohol o sustancias.	Problemas con la familia, pareja y amigos.

1.3 Los trastornos mentales y su relación con el suicidio. El suicidio no es en sí una enfermedad, ni la manifestación de una enfermedad, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio. Según estudios de la OMS (2000) se estima que existe una prevalencia de 80 a 100% de trastornos mentales en casos de suicidio consumado, de éstos los que sobre todo se ha relacionado con suicidio son: (a) trastornos del estado de ánimo (sobre

todo en fases depresivas); (b) abuso de sustancias y alcohol; (c) esquizofrenia; (d) trastornos de la personalidad (sobre todo trastorno límite de la personalidad, trastorno de personalidad esquizoide y trastorno de personalidad antisocial); (e) trastornos de ansiedad (el más estudiado en su relación a suicidio es el trastorno de pánico); (g) trastornos somatomorfos; (h) trastornos de la alimentación (particularmente anorexia nerviosa) y por último (i) síntomas psiquiátricos específicos: ansiedad, desesperanza, alucinaciones de mandato, impulsividad, hostilidad y agresión (APA, 2010; Gutiérrez García et al., 2006; OMS, 2000; OMS, 2001).

Se ha reportado (OMS, 2001) que el riesgo de suicidio en personas con depresión es de 6 a 15%; alcoholismo, 7 a 15%; y con esquizofrenia, 4 a 10% (el suicidio es la mayor causa individual de muerte prematura entre los esquizofrénicos). De cualquier manera, se señala que una proporción importante de las personas muere sin haber consultado a un profesional en salud mental. Por lo tanto, es probable que la asociación entre trastorno mental y suicidio sea aún mayor de la mencionada.

Isometsa (1996) encontró que “en personas jóvenes que cometieron suicidio” existe una “alta prevalencia (20-50%) de trastornos de la personalidad. Los trastornos de la personalidad que están más frecuentemente asociados con el suicidio son la personalidad limítrofe y la personalidad antisocial” (Citado en OMS, 2000, p. 10).

En el caso específico de México, más del 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos y cerca de 25% de casos de suicidio se asocian al alcoholismo. La esquizofrenia y la ansiedad son otros trastornos asociados al suicidio (Gutiérrez García et al., 2006).

Con respecto a los trastornos de la ansiedad, el trastorno del pánico ha sido más frecuentemente asociado con el suicidio, seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Los trastornos somatomorfos y los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) están también asociados con la conducta suicida (OMS, 2001).

1.4 Valoración de la ideación suicida. La evaluación psiquiátrica es el elemento primordial del proceso de evaluación del suicidio, a través de ésta el especialista obtiene información de la historia médica y psiquiátrica, así como del actual estado mental del paciente lo cual le permite: a) identificar factores y características específicas que pueden incrementar o disminuir el riesgo de conductas suicidas que pueden ser susceptibles de modificarse; b) evaluar la seguridad inmediata del paciente y determinar el mejor lugar para establecer el tratamiento del paciente; y c) desarrollar un diagnóstico diferencial multiaxial que guíe la planeación del tratamiento (APA, 2010).

Las escalas de valoración del suicidio pueden ser usadas como apoyo para la evaluación del suicidio pero no sustituyen a la evaluación clínica psiquiátrica (no deberían ser usadas en la práctica clínica). Hay diversos instrumentos que evalúan diversos aspectos de la conducta suicida los cuales pueden ser usados con fines de investigación, entre estos instrumentos la Escala de Ideación Suicida desarrollada por Beck y colaboradores (1979) ha mostrado niveles elevados tanto de consistencia interna como de confiabilidad intercalificador y, aunque es uno de los pocos instrumentos que ha demostrado validez predictiva positiva para el suicidio, su valor predictivo positivo es de 3% y tiene una alta tasa de falsos positivos (APA, 2010).

Rosales (2012) realizó una revisión de las investigaciones realizadas en poblaciones mexicanas y reportadas de 1990 a 2010 con respecto a las escalas usadas para la determinación de la ideación suicida. Algunas de éstas han sido adaptadas para México y se han usado en población de universitarios, estas son: escala de ideación suicida de Roberts-CES-D (González-Forteza et al., 1998; Radloff, 1977; Roberts & Chen, 1995), escala de ideación suicida de Beck

(Beck et al., 1979; Córdova et al., 2007; González et al., 2000), Symptom Check List-90 (Heinze, Vargas & Cortés, 2008), escala de riesgo suicida de Plutchik (Lazarevich et al., 2009; Plutchik, van Praag, Conte & Picard 1989).

1.4.1 Escala de Ideación Suicida de Beck. Es una escala hetero-aplicada con adaptación y validación para población mexicana, diseñada por Beck y cols. (1979) para cuantificar y evaluar la ideación suicida a través de la valoración de pensamientos o deseos autodestructivos. La escala consta de 21 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Cada reactivo se encuentra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. La calificación total se obtiene al sumar el valor asignado a los primeros 19 reactivos, pudiéndose obtener un rango de puntaje de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos 4 “deseo de intentar suicidarse” y reactivo 5 “intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “no aplicable”. En caso contrario, se continua aplicando (Brown, 2000; González et al., 2000).

Los primeros 5 reactivos son de tamizaje, tres evalúan el deseo para vivir o morir y otros dos evalúan el deseo para cometer suicidio. Si el respondiente reporta cualquier deseo activo o pasivo de cometer suicidio, entonces el resto de los 14 reactivos se administran. Dos reactivos adicionales registran la incidencia y frecuencia de intentos de suicidio previos, estos dos últimos ítems no se cuantifican en la puntuación final de la escala. Esta escala toma aproximadamente 10 minutos para administrarse (Brown, 2000).

En general, los reactivos evalúan el grado de pensamientos suicidas y sus características, así como también la actitud del paciente hacia éstos; el grado del deseo para morir, el deseo para realizar un intento suicida, y detalles de planes, si es que hay presentes; impedimentos internos

para realizar un intento activo; y pensamientos subjetivos de control y/o el valor con relación a realizar un intento suicida (Beck et al., 1979).

La Escala ISB no pretende poder predecir el intento suicida, pero sí valorar la intensidad del deseo de suicidarse para saber si el sujeto corre el riesgo de suicidarse pronto (González et al., 2000).

La Escala ISB es completada por el clínico basado en las respuestas del paciente en una entrevista semiestructurada. Dependiendo en el estado psiquiátrico del paciente así como el grado en el que se expresa coherentemente, el clínico tiene la opción de seguir diferentes líneas de indagación. Al seguir este formato, el clínico puede tratar de obtener información específica necesitada para completar cada reactivo (Beck et al., 1979).

El punto de corte generalmente corresponde a una puntuación de 1 o mayor, con informe de duración del pensamiento de acuerdo con lo que señala el reactivo 6 de la escala: “¿cuánto te suelen tardar los pensamientos de quitarte la vida?” (Mondragón et al., 1998; García, 2003; González et al., 2000).

La consistencia interna de la Escala ISB fue determinada por Beck y cols. (1979) en una muestra de 90 pacientes que estaban hospitalizados por pensamientos autodestructivos. Al momento de la admisión de los pacientes, la mayoría tenían un diagnóstico primario de depresión (51.2% de los hombres y 67.3% de las mujeres). La consistencia interna de la escala obtenida por alfa de Cronbach que se obtuvo para los 90 casos fue de un coeficiente de confiabilidad de .89, la confiabilidad entre calificador de la escala fue de .83 ($p < .001$) (Beck et al., 1979).

El análisis factorial obtenido por Beck y cols. (1979) arrojó además tres factores que se etiquetaron como sigue: El factor I como “deseo suicida activo” representado por 10 reactivos,

los reactivos en esta categoría abarcan actitudes hacia vivir y morir y características específicas de la ideación suicida. El factor II, “preparación”, es representado por 3 reactivos que tratan sobre formulación del intento contemplado. El factor III, “deseo suicida pasivo”, consiste de 3 reactivos que abarcan evitación pasiva de pasos para resguardar la vida, valor para llevar a cabo el suicidio y encubrimiento de ideas o planes sobre el suicidio.

1.4.1.1 Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios mexicanos. En cuanto a la población mexicana, esta escala ha sido utilizada en diversos estudios, mostrando altos niveles de confiabilidad y consistencia interna. Las poblaciones mexicanas identificadas por Rosales (2012) que fueron estudiadas con el uso de esta escala fueron cuatro: 2 correspondientes a adultos usuarios de centros de salud (Mondragón et al., 1998; Jaime et al., 2006 en Rosales, 2012), y 2 referentes a estudiantes universitarios (González et al., 2000; Córdova et al., 2007). Tres de los cuatro estudios reportaron confiabilidad del instrumento con valores de alpha de Cronbach entre .84 y .93. Sólo un estudio reportó indicadores de validez de la escala (González et al., 2000).

Esta escala fue inicialmente validada en México en un estudio realizado con 122 pacientes universitarios de 17 a 25 años que acudieron al del servicio de la consulta del Departamento de psicología médica, psiquiatría y salud mental de la UNAM (González et al., 2000). Este autor analizó las características psicométricas (concordancia diagnóstica y consistencia interna) de la Escala ISB. También identificó la frecuencia de la ideación suicida, así como describió las características clínicas de su muestra y reportó que el 11% de los varones y el 21% de las mujeres fueron detectados con ideación suicida, de acuerdo con el diagnóstico clínico, de los cuales sólo el caso de un varón no fue detectado con la Escala ISB. El clínico detectó que 18.9% de los participantes presentaban ideación suicida, esto es 23 de ellos; de éstos,

22 (18%) fueron correctamente identificados por la Escala ISB. De 53 estudiantes a los que no se les detectó ideación suicida de acuerdo con los criterios de la Escala ISB, en 52 (98.1%) de ellos tampoco lo encontraron los clínicos (González et al., 2000).

También González y cols. (2000) sometieron los reactivos de la Escala ISB a un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach = .84; con agrupación de los reactivos en cuatro factores en el análisis factorial.

Por otra parte, Córdova y cols. (2007) en una investigación cuyo propósito fue identificar la presencia de ideación suicida en 521 estudiantes universitarios y su relación con factores socio-demográficos, encontró que con el criterio de punto de corte de puntuación de 1, 59.9% de los sujetos estudiados presentan algún síntoma de ideación suicida con la Escala de ISB. Además la confiabilidad obtenida por este mismo autor en la Escala ISB mediante el alfa de Cronbach fue de 0.92. No se reportó análisis factorial.

1.5 Alteraciones al dormir y la ideación suicida. Un área de investigación creciente incluye el estudio de las quejas al dormir y la tendencia suicida. Hay un cuerpo de evidencia, cada vez mayor, que sugiere que las alteraciones al dormir se asocian con un riesgo elevado para conducta suicida, entre dichas alteraciones al dormir se han reportado: insomnio, hipersomnia, calidad de sueño subjetiva, disminución en la eficiencia del sueño y una mayor latencia a sueño, menor duración del sueño, duración incrementada de sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), menor latencia a sueño MOR, mayor porcentaje de sueño MOR y las pesadillas.

En uno de los primeros estudios clínicos para examinar de forma prospectiva el sueño, diversos trastornos afectivos mayores (depresión unipolar, depresión bipolar I-II y trastorno esquizoafectivo) y el suicidio, se encontró al insomnio como uno de los riesgos modificables para suicidio en un periodo de 13 meses (Fawcett et al., 1990). Este hallazgo sugirió que el

insomnio podría ser considerado un indicador clínico de riesgo para suicidio. Después se demostró una relación similar entre suicidio, depresión y quejas de sueño (Ağargün, Kara & Solmaz, 1997), así como también en adolescentes (Goldstein, Bridge & Brent, 2008). También el insomnio (Ağargün, Kara & Solmaz, 1997; Chellapa & Araujo 2007; McCall et al., 2010), así como la hipersomnia (Ağargün et al., 1997), se han asociado con conductas suicidas en pacientes deprimidos.

También hay evidencia de la relación entre diferentes parámetros subjetivos y objetivos del sueño con un riesgo elevado de suicidio. Una asociación entre la calidad de sueño subjetiva y suicidio se ha demostrado en pacientes deprimidos (Ağargün, Kara & Solmaz, 1997b), víctimas de un crimen sexual (Krakow et al., 2000), así como en la población general (Fujino, Mizoue, Tokui & Yoshimura, 2005; Turvey et al., 2002). Adicionalmente hay estudios que muestran una asociación entre medidas objetivas de sueño y riesgo suicida; por ejemplo una disminución en la eficiencia del sueño y una mayor latencia a sueño se asociaron con intento suicida en pacientes deprimidos (Sabo, Reynolds, Kupfer & Berman, 1991); en la población en general se ha notado que una menor duración del sueño se encuentra asociada con ideación suicida (Blasco, Alegria, Lopez, Legido & de León, 2011; Goodwin & Marusic, 2008; Krakow, Ribero, Ulibarri, Krakow & Joiner, 2011; Wojnar, Ilgen, Wojnar, McCammon, Valenstein & Brower, 2009); una duración incrementada de sueño de movimientos oculares rápidos (sueño MOR) se asoció con comportamiento suicida en pacientes psicóticos (Keshavan, Reynolds, Montrose, Miewald & Sabo, 1994); una menor latencia a sueño MOR, mayor porcentaje de sueño MOR y características específicas de la calidad de sueño MOR se asociaron con conductas suicidas en pacientes deprimidos (Ağargün et al., 2003). Es importante hacer notar que la correlación de

todos estos parámetros subjetivos y objetivos con el riesgo de conducta suicida está hasta cierto punto confundido por la presencia de psicopatología, sobre todo síntomas de depresión.

1.5.1 Pesadillas e ideación suicida. Hay cada vez mayor evidencia que indica que las pesadillas son un marcador separado para la elevación del riesgo suicida, ya que se ha demostrado una asociación entre la frecuencia de pesadillas y riesgo suicida en una amplia cantidad de estudios (Ağargün et al., 2007; Ağargün, Cilli, Kara, Tarhan, Kincir & Oz, 1998; Bernert, Joiner, Cukrowicz, Schmidt & Krakow, 2005; Curkowicz et al., 2006; Krakow et al., 2011; Liu, 2004; Marinova et al., 2014; Nadorff et al., 2011; Nadorff et al., 2013; Sjöström, Hetta & Waern, 2009; Sjöström, Waern & Hetta, 2007; Tanskanen, Tuomilehto, Viinamaki, Vartiainen, Lehtonen & Puska, 2001).

Sin embargo, la naturaleza exacta de esta asociación aún no es clara (Benert & Joiner, 2007). Se ha encontrado una asociación entre “sueños atemorizantes repetitivos” con conductas suicidas en pacientes deprimidos (Ağargün et al., 1998). En un estudio prospectivo de 20 años en Finlandia, donde se evaluó a la población general, se encontró que la frecuencia de pesadillas predecía la consumación del suicidio, siendo el riesgo relativo de 57% y 105% mayor entre aquellos que referían presentar pesadillas ocasionales y pesadillas frecuentes, respectivamente (Tanskanen et al., 2001).

También una asociación entre pesadillas y conductas suicidas, después de controlar estadísticamente los síntomas depresivos, se reportó en pacientes psiquiátricos ambulatorios (Bernert et al., 2005), en aquellos que habían intentado suicidarse (Sjöström et al., 2009), así como en adolescentes (Liu 2004).

Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con características melancólicas y con antecedentes de intento de suicidio mostraron mayores tasas de pesadillas y síntomas de insomnio comparado con pacientes melancólicos sin antecedentes de intentos suicidas (Ağargün et al., 2007).

En Suiza se encontró que las pesadillas se asociaban con un incremento 5 veces mayor en el riesgo de suicidio, además esta relación permanecía significativa después de controlar estadísticamente diagnósticos psiquiátricos y su intensidad (Sjöström et al., 2007).

Aunque las alteraciones al dormir están relacionadas con tendencias suicidas, esta relación se podría explicar en algunos de ellos por mayores niveles de depresión, donde no se controló estadísticamente el factor confusor de ésta. A pesar de la conexión observada entre el dormir y el suicidio, permanece relativamente poco claro como estos dos constructos se relacionan uno con otro después de controlar estadísticamente la depresión (Bernert et al., 2007).

Mientras que por un lado se ha encontrado que las pesadillas están claramente relacionadas con el suicidio, después de controlar estadísticamente la depresión, por otra parte, no se ha encontrado que el insomnio estuviera relacionado con el suicidio cuando se controlaba estadísticamente la depresión (Bernert et al., 2005; Liu et al., 2004). Estos hallazgos sugieren que las pesadillas podrían constituir un factor de riesgo único para una tendencia suicida elevada.

1.5.1.1 Relación de las pesadillas con conducta suicida en estudiantes universitarios.

Dentro de la revisión de la literatura realizada se halló que sólo tres investigaciones analizaron la asociación entre conducta suicida y pesadillas en muestras de estudiantes universitarios, a continuación se mencionan. En un estudio (Cukrowickz et al., 2006) se investigó la relación de diversas alteraciones del dormir con depresión y suicidio en una muestra de 222 estudiantes

universitarios de Florida, EE.UU. Los autores encontraron que tanto el insomnio como las pesadillas fueron predictores significativos de depresión, mientras que por otro lado, sólo las pesadillas predecían de forma significativa la ideación suicida.

Por otro lado, Nadorff y cols. (2011) investigaron si los síntomas de insomnio y pesadillas (de forma independiente de cada uno) se asociaban con la ideación suicida en 583 estudiantes de una universidad pública de EE.UU a quienes aplicaron cuestionarios a través de una plataforma de internet. Hallaron que tanto los síntomas de insomnio como las pesadillas se asociaban de forma independiente con ideación suicida, y también observaron que después de controlar estadísticamente los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT sólo las pesadillas se continuaban asociando con la ideación suicida.

Finalmente, en otro estudio realizado por Nadorff y cols. (2013) se evaluó la relación de síntomas de insomnio y pesadillas con riesgo suicida en una muestra de 673 sujetos de una universidad pública estadounidense, encontraron que tanto los síntomas de insomnio como las pesadillas se asociaron de forma significativa con el riesgo suicida de forma independiente entre ellos, incluso después de que se controlaron síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y síntomas de estrés postraumático.

Es importante remarcar que en las tres investigaciones mencionadas las pesadillas fueron evaluadas con un solo instrumento que valora tanto su frecuencia como su intensidad: “Disturbing Dreams and Nightmares Severity Index” (Krakow et al., 2002).

2. Pesadillas

2.1 Definición y características de las pesadillas. La Clasificación Internacional de los Trastornos del Dormir, en su tercera edición (ICSD-3; AASM, 2014), no brinda una definición

de qué es una pesadilla (como síntomas aislado), sino más bien las engloba dentro de una alteración al dormir de tipo de parasomnia llamado trastorno por pesadillas. Las características esenciales que menciona la ICSD-3 en relación con el trastorno por pesadillas son las siguientes: (a) ensoñaciones recurrentes muy disfóricas, (b) experiencias mentales perturbadoras, (c) contenido de peligro físico inminente, (d) ocurren generalmente en sueño MOR, (e) están presentes principalmente en la segunda mitad del periodo principal de sueño, (f) a menudo despiertan al sujeto, y (g) se recuerda el contenido onírico al despertar.

En los estudios sobre pesadillas revisados generalmente se evalúan éstas como un síntoma aislado, más que como un trastorno en sí mismo. Una definición general para pesadillas ha sido brindada por algunos investigadores como ensoñaciones extremadamente atemorizantes con un componente emotivo fuertemente negativo que resultan en un despertar, además de que el contenido onírico puede ser recordado (Schredl, 2013; Spoormaker, Schredl & van den Bout, 2006).

En la literatura las definiciones sobre pesadillas difieren alrededor de dos criterios principalmente: el criterio “sueño extremadamente atemorizante” que en ocasiones se amplía para incluir otras emociones negativas (Dunn & Barrett, 1988). Además, el criterio de “despertar directamente de una pesadilla”, no es siempre visto como necesario.

Hay autores que mencionan que se deben distinguir entre las “pesadillas” y los “malos sueños” (Zadra & Donderi, 2000), siendo los primeros sueños muy perturbadores que despiertan al sujeto; mientras que los segundos, son también ensoñaciones muy perturbadores pero que no despiertan al individuo. De forma similar, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), enmarca a los “malos sueños” como un tipo de pesadillas, indicando también que pueden no incluir un despertar y son recordados al despertar.

Similar a como lo realiza la ICSD-3, el DSM-5 engloba a las pesadillas dentro de una entidad llamada trastorno por pesadillas, y menciona que las pesadillas son típicamente imágenes de ensoñaciones largas, elaboradas, similares a un relato que parece real y que inducen ansiedad, miedo, u otras emociones disfóricas. El contenido de las pesadillas típicamente se enfoca en intentos de evitación o el lidiar con peligro inminente, pero pueden involucrar temas que evocan otras emociones negativas. Al despertar, las pesadillas son recordadas sin problemas y pueden ser descritas a detalle. Ocurren casi exclusivamente durante el sueño MOR y pueden ocurrir a lo largo de toda la noche del dormir, pero son más frecuentes en la segunda mitad de la noche, cuando las ensoñaciones son más largas, más intensas y vinculadas al sueño MOR (APA, 2013).

Así mismo, el DSM-5 indica que las pesadillas usualmente terminan con un despertar y un rápido retorno a un estado alerta completo. Sin embargo, en este manual se menciona que las emociones disfóricas pueden persistir en la vigilia y contribuir a una dificultad en volver a dormir, así como en una angustia diurna perdurable, lo que como se comentará más adelante sería parte de lo que conforma el malestar por pesadillas (APA, 2013).

2.2 Tipos de pesadillas por su etiología. La ICSD-3 menciona que no hay evidencia suficiente para apoyar la presencia de subtipos clínicos o fisiopatológicos de pesadillas. Aun así, algunos autores han mencionado que en el estudio de las pesadillas es necesario distinguir entre las que son idiopáticas (pesadillas no relacionadas con un evento traumático o trastorno por estrés postraumático [TEPT]) de aquellas que son postraumáticas, las cuales son parte de una reacción por estrés postraumático y que son el problema más consistentemente reportado por pacientes con TEPT y que además pueden persistir aun cuando hayan remitido otros síntomas del TEPT (ICSD-3). Ambos tipos de pesadillas se han asociado con un nivel incrementado de movimientos periódicos de las extremidades, aunque sólo las postraumáticas parecen estar

relacionadas con más número y mayor duración de despertares nocturnos (Spoormaker, Schredl & Van den Bout, 2006).

2.3 Prevalencia de las pesadillas. Las estimaciones de prevalencia de pesadillas varían en la población general. En general se ha estimado que de 4 a 8% de la población general tiene un “problema” con sus pesadillas (ICSD-3; Spoormaker et al., 2006).

Según la ICSD-3, el inicio de los episodios de pesadillas se sitúa entre los 3 a 6 años de edad, alcanzando un pico entre los 6 a 10 años de edad, para después decrecer. Un subgrupo puede continuar con pesadillas en la adolescencia y adultez. El trastorno por pesadillas puede llevar a una evitación del dormir, que a su vez puede causar pesadillas más intensas y consecuentemente insomnio. Con respecto a las pesadillas postraumáticas, éstas pueden desarrollarse a cualquier edad. La ICSD-3 menciona que el mejor predictor de pesadillas recurrentes en la adultez son las pesadillas recurrentes en la infancia.

Por otro lado, el DSM-5 menciona que la prevalencia de las pesadillas se incrementa a través de la infancia hasta la adolescencia. La prevalencia se incrementa de los 10 a los 13 años, tanto para hombres como para mujeres, y continúa incrementándose de los 20 a los 29 años para mujeres, y en hombres disminuye, pudiendo llegar a ser el ser el doble para mujeres en comparación a los hombres. La prevalencia disminuye establemente con la edad para ambos sexos, pero la diferencia de género permanece (APA, 2013).

En una encuesta elaborada en internet, en la que respondieron 23,839 sujetos, Nielsen y Petit (2008) observaron que el recuerdo típico mensual de las pesadillas alcanza su nivel máximo entre los 20 a 29 años de edad, y que después disminuye progresivamente. La prevalencia de las pesadillas es mayor en las mujeres a partir de la adolescencia, y este predominio se mantiene en todos los rangos de edad posteriores (citado en Montplaisir, Zadra, Nielsen & Petit, p. 1093).

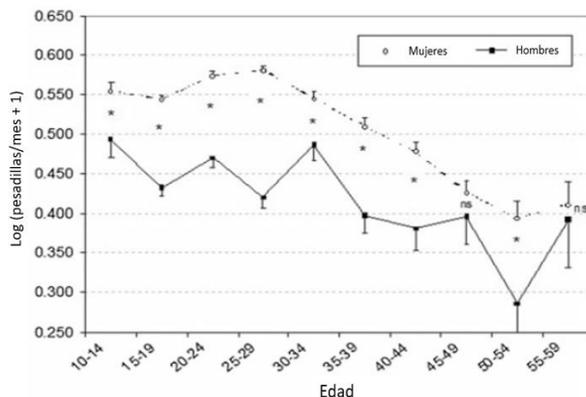


Figura 1. Estimados retrospectivos de la frecuencia de pesadillas por mes en grupos de intervalos de edad de 5 años en una muestra de internet de 23,839 respondientes. Los asteriscos son diferencias significativas entre mujeres y hombres en dicho intervalo de edad ($p < 0.05$). Tomado y modificado de Montplaisir, Zadra, Nielsen y Petit. 2009. p. 1092.

Con respecto al estudio de pesadillas en estudiantes universitarios Nadorff y cols. (2011) evaluó a 579 sujetos que pertenecían a una universidad pública de Estados Unidos a través de la Escala de Sueños Perturbadores e Índice de Severidad de Pesadillas para medir la severidad y frecuencia de pesadillas. Usando un punto de corte de 11 con esta escala para identificar trastorno por pesadillas encontraron que 59 estudiantes (10%) cumplían dicho criterio. En el caso específico de la prevalencia de pesadillas en estudiantes universitarios mexicanos no se hallaron estudios que estimaran ésta.

2.4 Factores predisponentes de las pesadillas. La ICSD-3 menciona que estudios en gemelos han identificado una predisposición genética a las pesadillas en la infancia y en la adultez.

También se han encontrado algunos agentes que podrían predisponer a la aparición de pesadillas, sobre todo aquellos que afectan neurotransmisores de noradrenalina, serotonina, dopamina, acetilcolina, GABA e histamina, entre ellos se mencionan: catecolaminérgicos, beta-bloqueadores, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina.

Adicionalmente se hace mención que el síndrome de abstinencia por barbitúricos, alcohol, cannabis y cocaína puede predisponer a mayor aparición de pesadillas (Nielsen y Zadra, 2011).

2.5 Gravedad de las pesadillas por su frecuencia. La ICSD-3 no hace mención sobre si las pesadillas se pueden dividir con base a su gravedad, pero por otro lado el DSM-5 sí hace mención de ello tomando en cuenta la frecuencia con la que ocurren: ligero, menos de un episodio por semana en promedio; moderado, uno o más episodios por semana, pero menos de una cada noche; y grave, los episodios ocurren cada noche (APA, 2013).

2.6 Las pesadillas como un trastorno del dormir. En la presente investigación nos referimos a las pesadillas como un síntoma aislado, de las cuales estudiamos principalmente sus características de frecuencia y malestar, pero éstas también pueden ser estudiadas como un trastorno del dormir, de hecho la ICSD-3 las menciona dentro del denominado Trastorno por Pesadillas, para establecer su diagnóstico se deben cumplir todos los criterios que se mencionan a continuación:

1. Episodios repetidos de ensoñaciones prolongadas, extremadamente disfóricas (ansiogénicas), y que se pueden recordar sin problemas las cuales usualmente involucran una amenaza a la supervivencia, seguridad o integridad física.

2. Al despertar del sueño disfórico, la persona rápidamente se orienta y está alerta.

3. La experiencia de la ensoñación, o la alteración en el dormir producido al despertar de ésta, causan un malestar clínicamente significativo o perturbaciones sociales, ocupacionales o en otras áreas del funcionamiento indicado por el reporte de al menos una de las siguientes: (a) alteraciones del ánimo, (b) resistencia a volver a dormir, (c) deterioro cognoscitivo, (d) impacto negativo en el cuidador o en el funcionamiento familiar, (e) problemas de la conducta, (f)

somnolencia diurna, (g) fatiga o energía baja, (h) alteraciones ocupacionales o educativas y ,por último, (i) alteraciones interpersonales o sociales.

Adicionalmente, la ICSD-3 hace mención de que se deben descartar las siguientes condiciones al hacer un diagnóstico de trastorno por pesadillas: terrores nocturnos, trastorno conductual del sueño MOR, parálisis del sueño, narcolepsia, ataques de pánico nocturnos, trastornos disociativos relacionados con el sueño, trastorno por estrés postraumático/trastorno por estrés agudo.

2.7 Formas de evaluar las pesadillas. Como las pesadillas se consideran sueños, las formas para evaluar pesadillas y ensoñaciones comparten similitudes. En general tres técnicas de medición son mayormente usadas para evaluar la evocación de sueños: cuestionarios de frecuencia, diarios de sueños y despertares en el laboratorio mediante registros polisomnográficos; siendo las dos primeras medidas de autoreporte (Shredl, 1999; Spoormaker et al., 2006). (Nota aclaratoria: en esta tesis sueño y ensoñaciones son equivalentes a la actividad onírica que se tiene cuando se duerme. Dormir en castellano es el equivalente a la condición neurofisiológica en la que se permanece en una posición estereotipada, inmovilidad relativa, y con una baja reactividad al medio ambiente).

En general se considera que para evaluar las pesadillas “los estimados retrospectivos de un mes son más cercanos al estimado calculado por diarios” (Nielsen y Zadra, 2011).

2.7.1 Evaluación de las pesadillas por polisomnografía. Aunque el objetivo del presente estudio no es valorar las pesadillas usando polisomnografía (PSG), es importante tenerlo en cuenta y a continuación se reporta lo que se ha hallado en la literatura.

En general los registros de PSG tienen un serio problema: las pesadillas suelen ocurrir menos frecuentemente en el laboratorio de sueño (Fisher, Byrne & Edwards, 1970) y por lo tanto los registros de PSG para evaluar las pesadillas son pocos (ICSD-3). Además se ha encontrado que el entorno artificial del laboratorio de sueño puede influenciar el contenido de las ensoñaciones, como lo mostraron dos estudios en el que los sueños registrados en el laboratorio de sueño están menos cargados emocionalmente en comparación a los sueños recordados en casa (Domhoff & Kamiya, 1964; Weisz & Foulkes, 1970).

La mejor manera de medir adecuadamente las pesadillas con registros de PSG podría ser el realizar la PSG por un periodo más largo, para que los participantes se puedan ajustar al entorno artificial y/o llevar a cabo registros de PSG con un método ambulatorio que se pueda usar en el hogar del individuo (Spoormaker et al., 2006).

Como ya se ha mencionado, las pesadillas ocurren durante el sueño MOR generalmente, y un sueño MOR perturbado puede incrementar la frecuencia de pesadillas. Se ha mostrado que las alteraciones en las variables del sueño MOR (Ağargün et al., 2003) y las pesadillas frecuentes (Ağargün et al., 1998) están asociadas con comportamiento suicida en pacientes deprimidos. De forma similar, una asociación entre un sueño MOR alterado y comportamiento suicida se ha reportado en pacientes psicóticos (Keshavan et al., 1994).

Estudios de PSG sugieren que sujetos con pesadillas frecuentes en comparación a controles se caracterizan por patrones de sueño alterados, que comprenden: despertares nocturnos frecuentes (Simor, Horvath, Gombos, Takacs & Bodizs, 2012); mayores microdespertares durante sueño MOR (Simor, Bodizs, Horvath & Ferri, 2013); mayor activación simpática cardíaca (Nielsen, Paquette, Solomonova, Lara-Carrasco, Colombo & Lanfranchi, 2010); mayor potencia de ondas similares a alfa durante sueño MOR (Simor, Horvath, Ujma,

Gombos & Bodizs, 2013); mayores índices de movimientos periódicos de las extremidades durante ambas etapas del sueño (Germain & Nielsen, 2003); así como también actividad cortical similar a la vigilia, actividad motora ligeramente incrementada durante transiciones de sueño No MOR a sueño MOR y una regulación parasimpática generalmente atenuada (Simor, Körmendi, Horvath, Gombos, Ujma & Bodisz, 2014). Sin embargo, los mecanismos subyacentes del sueño alterado relacionados con las pesadillas frecuentes están lejos de ser completamente entendidos.

2.7.2 Medidas de auto-reporte. Los cuestionarios retrospectivos y los diarios de sueño prospectivos son los instrumentos más comunes para evaluar varias características de las pesadillas. Una ventaja de este tipo de instrumentos de medición es que pueden distinguir la frecuencia de pesadillas del malestar causado por éstas, los cuales son dos constructos relacionados pero independientes (Belicki, 1992).

Algunas de las limitaciones de los instrumentos de autoreporte es que en el caso de los cuestionarios retrospectivos subestiman la frecuencia reportada de tanto “malos sueños” (Wood et al., 1990) como de pesadillas (Zadra et al., 2000), mientras que los diarios de sueños incrementan el recuerdo de las pesadillas (ICSD-3).

Entre algunos de los instrumentos que se enfocan en evaluar el impacto negativo de los sueños disfóricos algunos de los que sobresalen se encuentran en la tabla 4.

Tabla 4

Instrumentos que evalúan el malestar por pesadillas

Autor y año	Nombre original del instrumento	Tamaño de la muestra	Población estudiada	Constructo que evalúa	Propiedades psicométricas
Belicki, 1992	Nightmare Distress Questionnaire	Grupo 1= 158, Grupo 2= 146, Grupo 3= 124, Grupo 4= 112 Total= 540	Cuatro grupos de estudiantes universitarios	Malestar por pesadillas	Alfa de Cronbach = .88 (grupo 1), .87 (grupo 2), .87 (grupo 3), .83 (grupo 4)
Ağargün, Kara, Bilici, Quili, Telci, Semiz & Basoglu, 1999	Van Dream Anxiety Scale	76	a) Grupo con Trastorno de Pesadillas y b) Grupo control sin trastornos del dormir	Malestar por pesadillas	Alfa de Cronbach = .87
Krakov et al, 2000	Nightmare Effects Survey	169	Mujeres con TEPT	Malestar por pesadillas	Alfa de Cronbach = .90
	Nightmare Frequency Questionnaire			Frecuencia de pesadillas	

TEPT= Trastorno estrés postraumático

3. Malestar por Pesadillas

3.1 Definición y características generales. El malestar por pesadillas se puede definir como el impacto que provocan éstas en el individuo (e.g. en la función diurna) (Wood, Bootzin, 1990; Belicki, 1992). Las pesadillas pueden producir malestar y un deterioro en el funcionamiento diurno como resultado de la preocupación y el afecto negativo que se asocia con la evocación de la ensoñación (Zadra & Donderi, 2000).

Aunque la frecuencia de las pesadillas pudiera estar relacionada con una intensificación del proceso de ensoñación, el malestar por pesadillas se relaciona más al ajuste emocional en vigilia. Se ha hipotetizado que el malestar surge en parte de la evaluación de las pesadillas que ocurre al despertar. Se considera que las pesadillas reflejan experiencias negativas de la vigilia y pueden ser adaptaciones psicológicas (Miró & Martínez, 2005).

Belicki (1992) encontró que hay una correlación débil entre el malestar por pesadillas y la frecuencia de pesadillas ($r = .26$), y debido a ello sugiere que se haga una distinción entre estas características de las pesadillas, ya que un incremento de la frecuencia de pesadillas no se relaciona necesariamente de forma directa con un incremento en el malestar causado por éstas. Miró y Martínez (2005) encontraron el mismo valor de correlación entre el malestar de pesadillas y la frecuencia de pesadillas. Por otra parte, el malestar por pesadillas se asocia de una manera más robusta con psicopatología (especialmente ansiedad y depresión) y calidad de sueño, en comparación a la frecuencia de pesadillas (Belicki, 1992; Levin & Fireman, 2002); mientras que la frecuencia de pesadillas no se asocia con ansiedad (Wood & Bootzin, 1990).

Blagrove, Farmer y Williams (2004) mostraron que el malestar por pesadillas es una variable que media entre la relación de la frecuencia de pesadillas con varias quejas mentales. Cuando controlaron estadísticamente el malestar por pesadillas, ya no encontraron que ni la frecuencia retrospectiva o la prospectiva de las pesadillas se relacionó con alguna queja mental o factores de la personalidad. Encontraron que diversas variables que reducen el bienestar del sujeto (ansiedad, depresión, neuroticismo y estrés agudo) se relacionaron más fuertemente con el malestar por pesadillas en comparación a la frecuencia de pesadillas. Estos autores sugieren que puede haber efectos confusores del malestar por pesadillas en las correlaciones que se han reportado que tiene la frecuencia de pesadillas con otras variables (e.g. conductas suicidas).

3.2 Cuestionario de Malestar por Pesadillas. En la investigación de pesadillas, la evaluación del malestar por pesadillas es usada cada vez más y el instrumento más aplicado para valorar este constructo es el CMP, desarrollado por Belicki en 1992 (Levin & Nielsen, 2007).

El CMP es una escala que evalúa las consecuencias en vigilia atribuidas a las pesadillas a través de evaluar la perturbación emocional, interferencia causada por las pesadillas, percepción general del malestar causado por pesadillas, síntomas relacionados con las pesadillas y el interés en la terapia, mediante 13 reactivos con 5 opciones tipo Likert calificados en una escala que va de “nunca” (0) a “siempre” (4) para 10 reactivos; “para nada” (0) a “en gran manera” (4) para 2 reactivos; y de “nada interesado” (0) a “extremadamente interesado” (4) en el último reactivo. A mayor puntaje hay mayor presencia de malestar por pesadillas (Belicki, 1992; Bockerman, Gieselmann & Petrowsky, 2014; Martínez, Miró & Arriaza, 2005).

Se ha reportado por Bockerman y cols. (2014) que el CMP se enfoca más sobre el malestar por pesadillas en comparación a otras escalas, proporcionando una calificación de malestar única. Adicionalmente, este mismo autor hace mención que otras escalas desarrolladas para medir este constructo tienen diversas desventajas en comparación al CMP: (a) capturan constructos diferentes e inespecíficos de las pesadillas, (b) no han sido evaluadas psicométricamente o lo han sido pero en menor frecuencia al CMP, y (c) sólo capturan síntomas relacionados con las pesadillas sin evaluar la evaluación subjetiva de si las pesadillas son molestas.

3.2.1 Formas en que se ha conceptualizado el malestar por pesadillas. Adicionalmente Bockerman y cols. (2014) hacen mención que el CMP es el cuestionario más usado para valorar el malestar por las pesadillas. Así como también describen que el malestar por las pesadillas se ha conceptualizado en general de cuatro maneras principalmente:

1. Intensidad por pesadillas: Se examina el malestar durante e inmediatamente después de una pesadilla. Los diarios de sueño se han usado para medir este malestar por pesadillas parecido a estado.

2. Efectos de las pesadillas: El malestar por pesadillas puede ser medido en términos de sus efectos en el funcionamiento social. El *Nightmares Effects Survey* (NES) mide el impacto de las pesadillas en áreas de la salud y social relacionadas en la vida de una persona.

3. Síntomas relacionados con las pesadillas: El malestar por pesadillas puede ser capturado a través de las consecuencias psicológicas y sobre el sueño relacionadas con las pesadillas. Bockerman y cols. (2014), encontró en su análisis factorial del CMP que uno de los componentes de esta escala mide este aspecto.

4. Percepción del malestar por las pesadillas: El malestar por pesadillas puede ser medido a través de la valoración subjetiva de aquellos que sufren de pesadillas sobre cuanto malestar les causan sus pesadillas. También Bockerman et al (2014), encontró en su análisis factorial que uno de los componentes del CMP mide esta característica.

Por lo tanto, se puede notar que la estructura factorial del CMP (Bockerman et al, 2014) abarca 2 de los aspectos que pretende valorar el malestar por pesadillas.

3.2.2 Análisis factoriales del cuestionario de malestar por pesadillas (CMP). Martínez y cols. (2005) llevaron a cabo un análisis de la estructura factorial del CMP y encontraron que el malestar atribuible a las pesadillas evaluada por el CMP se puede dividir en tres factores.

1. Factor preocupación-miedo: se compone principalmente de aspectos relacionados con pensamientos recurrentes acerca de “sueños de ansiedad”, y “miedo de ir a la cama”.

2. Factor interferencia: está constituido de elementos que, en su mayoría, se relacionan a la influencia negativa de las pesadillas en el bienestar y en la calidad de sueño

3. Factor premonición: incluye contenidos que se refieren a la característica ominosa de los sueños.

Posteriormente Bockerman y cols. (2014) realizaron un análisis factorial de componentes principales del CMP y encontraron tres factores de diferente calidad psicométrica:

1. Malestar general por pesadillas: se refiere como idéntico al factor “interferencia” descrito por Martínez y cols. (2005), de esta forma dándole más apoyo a la validez de esta subescala.

2. Impacto en el dormir: describe las consecuencias directas de las pesadillas en el dormir. Esta escala captura síntomas relacionados con las pesadillas.

3. Impacto en la percepción de la realidad diaria: es similar a la subescala “premonición” de Martínez y cols. (2005), aunque agrega los reactivos 2 y 11. Describe si es que las pesadillas tienen influencia en la percepción de la realidad durante la vigilia.

Bockerman y cols. (2014) concluyen que el CMP mide principalmente dos aspectos del malestar por pesadillas: a) la evaluación subjetiva general de si uno se siente molesto por sus pesadillas, y b) el impacto en detrimento sobre la calidad del dormir y su influencia en la percepción de la realidad (síntomas de pesadillas).

3.2.3 Puntos de corte y grados de severidad del cuestionario de malestar por pesadillas (CMP). Aunque Belicki (1992) no hace referencia a puntos de corte específicos en su trabajo donde describe el desarrollo del CMP, Martínez y cols. (2005) observaron que en términos de la

validez de criterio esta escala mostró un nivel aceptable de sensibilidad y especificidad, con un valor de 12 para puntos de corte óptimos que delimita aquellos estados que se acercan a morbilidad.

En los artículos revisados (Belicki, 1992; Martínez et al, 2005; Bockerman et al, 2014), no se hace mención sobre la existencia de grados de severidad del malestar por pesadillas a partir del CMP, pero sí se menciona que entre mayor puntaje tenga un individuo en la escala éste presenta un mayor malestar por sus pesadillas.

4. Frecuencia de Pesadillas

4.1 Características generales y formas de evaluación. La frecuencia de pesadillas se refiere simplemente a la facilidad que tiene el individuo para evocar este tipo de ensoñaciones por día, semana, mes o año. Esta frecuencia puede ser registrada mediante cuestionarios retrospectivos o mediante mediciones prospectivas a través de diarios de ensoñaciones.

Levin y Nielsen (2007) refieren que últimamente los diarios de ensoñaciones en casa han remplazado los cuestionarios retrospectivos como el estándar de oro para la estimación de la frecuencia de pesadillas. De hecho, algunos autores (Wood & Bootzin, 1990; Zadra & Donderi, 2000) han observado que usando diarios de ensoñaciones la frecuencia por pesadillas se incrementa de 3 a 10 veces más de lo esperado al compararlo con cuestionarios retrospectivos.

Tradicionalmente los investigadores han usado cuestionarios retrospectivos que requieren que los participantes estimen la frecuencia de sus pesadillas en las anteriores es sin necesariamente definir que son las pesadillas. Diferentes mediciones de frecuencia de pesadillas y/o malos sueños se han aplicado. Las más comunes son escalas binarias y ordinales, y las más robustas estadísticamente son las escalas intervalares (Levin & Nielsen, 2007).

El reporte retrospectivo de los respondientes puede encontrarse muy comprometido por sesgos en las respuestas así como por fallas en la memoria. Sin embargo, no es claro si el llevar un diario de pesadillas en casa inadvertidamente incrementa la frecuencia de las pesadillas. Esta posibilidad es apoyada por la observación que realizaron Shredel y Montasser (1996, 1997) de que la frecuencia del recuerdo de las ensoñaciones puede incrementarse dramáticamente por el estímulo que tenga el sujeto (citado en Levin & Nielsen, 2007, p. 484).

Aunque algunos estudios (Zadra & Donderi, 2000) requieren explícitamente de los participantes que estimen la frecuencia de pesadillas y malos sueños por separado y otros combinan las dos en una sola medida (Nielsen et al., 2000), la mayoría de los autores no hacen distinción entre los dos (citado en Levin & Nielsen, 2007, p. 484). Aunque hay algunas diferencias entre malos sueños y pesadillas, es poco conocido si son dos distintos fenómenos o un solo fenómeno que sólo varía en intensidad (Levin & Nielsen, 2007).

Entre las principales tipos de escalas que usan para valorar la frecuencia de pesadillas tenemos las siguientes:

- Escalas binarias: suelen evaluar la frecuencia de las pesadillas mediante la pregunta “¿Sufres de pesadillas?” con dos posibles respuestas “Sí o No”, como por ejemplo las usadas por Cernovsky (1986), Salvio y cols. (1992), Salzarulo y Chevalier (1983) (citados en Levin & Nielsen, 2007, p. 485). Aunque este tipo de evaluación es clínicamente útil y fácil de aplicar en muestras grandes, la desventaja de este tipo de evaluación es que las medidas estadísticas paramétricas se encuentran limitadas ya que no son siempre aplicables (Levin & Nielsen, 2007).
- Escalas nominales: valoran la frecuencia de pesadillas con preguntas del tipo “¿Qué tan a menudo recuerdas una pesadillas?”, teniendo como posibles respuestas “nunca,

raramente, a veces, a menudo”, ejemplos de estas son las usadas por: Cirignotta y cols. (1983), Klink y Quan (1987), Partinen (1994), (citados en Levin & Nielsen, 2007, p. 485). En general tienen las mismas ventajas y desventajas que las escalas binarias (Levin & Nielsen, 2007).

- Escalas ordinales: estas pueden usar la misma pregunta que las nominales para valorar la frecuencia de pesadillas. Las posibles respuestas podrían ser “0 veces al mes, 1-2 veces al mes, 5-10 veces al mes, 11-20 veces al mes”, ejemplos de estas escalas son las usadas por: Levin (1994, 1998), Schredl (2003) (citados en Levin & Nielsen, 2007). Este tipo de escalas suelen ser fáciles de entender por los sujetos de estudio, aunque suele aplicarse a éstas estadística paramétrica de forma errónea (Levin & Nielsen, 2007).
- Escalas de intervalos: podrían usar la misma pregunta que las escalas nominales, pero las posibles respuestas son más amplias, debiendo escoger el sujeto ya sea la frecuencia por años (1 noche por año, 2 noches por año, 3 noches por año..., 11 noches por año), mes (1 noche por mes, 2 noches por mes, 3 noches por mes) o por semana (1 noche por semana, 2 noches por semana,... 7 noches por semana) (Krakow et al., 2000). La más grande desventaja de este tipo de escalas es que puede ser difícil de entender para algunos sujetos debido a las diversas categorías en las que se clasifica la frecuencia, pero este tipo de medición de tipo intervalar es la más robusta para ser aplicada en análisis estadísticos (Levin & Nielsen, 2007).
- Otras: se puede también evaluar la frecuencia con preguntas que dejan la respuesta abierta para el sujeto, ejemplos de estas son las aplicadas por: Nielsen y cols. (2003), Zadra y Donderi (2000) (citados en Levin & Nielsen, 2007, p. 485) que, aunque son fáciles de entender por los sujetos, suelen llevar a errores y respuestas inesperadas, por ejemplo un

sujeto podría responder que tiene 5 a 12 pesadillas por mes, lo cual es un rango muy amplio (Levin & Nielsen, 2007).

4.2 Cuestionario de Frecuencia de Pesadillas (CFP). Es un cuestionario de autoreporte desarrollado por Krakow y cols. (2000) que evalúa la frecuencia de pesadillas de forma retrospectiva como una variable continua. Se reporta tanto las “noches con pesadillas” por unidad de tiempo y el “número de pesadillas”. En la muestra usada por este autor (mujeres con pesadillas crónicas y con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático), la confiabilidad test-retest del CFP arrojó tanto coeficientes de correlación y kappas medidas mayores de .85 en todos los análisis. Las correlaciones entre noches y pesadillas fue elevada ($r = .72$) cuando se midió prospectivamente y ($r = .80$) cuando se midió retrospectivamente.

Se le pide al respondiente que con base a los 3 últimos meses estime en promedio que tan a menudo experimenta pesadillas y sueños perturbadores seleccionando sólo una de varias categorías (cero, por año, por mes o por semana) con relación al “número de noches” que presenta pesadillas. Con esta misma modalidad después se le pide al sujeto que también seleccione una de varias categorías con relación al “número de pesadillas” que éste sufre. Un ejemplo sería un sujeto que podría reportar en la primera parte tener pesadillas sólo 1 noche a la semana, pero en cambio en la siguiente parte podría seleccionar que en esa sola noche tiene 3 pesadillas (por semana).

La escala intervalar desarrollada por Krakow y cols. (2000) tiene más ventajas en cuanto se refiere a someter a los resultados a análisis estadísticos en comparación a los otros tipos de escalas antes mencionados, por lo que esta escala se adaptará para su aplicación en el presente trabajo.

Pregunta de Investigación

¿El malestar por pesadillas sea asocia y predice la presencia de ideación suicida en estudiantes universitarios?

Justificación y Planteamiento

Los trastornos del dormir y las quejas generales de sueño (insomnio, menor duración de sueño, menor calidad de sueño, hipersomnias, pesadillas) están relacionadas con mayores niveles de ideación, intento y consumación de suicidio. Entre estas alteraciones al dormir la única que se sigue asociando con la conducta suicida después de controlar estadísticamente otros diagnósticos psiquiátricos son las pesadillas.

Sin embargo, en la literatura mencionada previamente sobre la relación entre las pesadillas con la ideación suicida, no se encontraron estudios que hayan evaluado el impacto del malestar por las pesadillas sobre la ideación suicida, sino que sólo se ha evaluado el efecto de la frecuencia de pesadillas sobre el comportamiento suicida, a pesar de que ya se ha mencionado que se debe diferenciar como diferentes constructos a la frecuencia y al malestar por pesadillas, ya que un incremento de la frecuencia no se relaciona necesariamente de forma directa con un incremento en el malestar o viceversa (Belicki, 1992).

El comportamiento suicida es un problema complejo, pero es un asunto de salud potencialmente prevenible. Un reto difícil en la práctica general es la identificación de sujetos con riesgo elevado de suicidio. Las mejoras en la identificación de factores de riesgo (e.g., malestar por pesadillas) del comportamiento suicida (e.g., ideación suicida) pueden mejorar la capacidad para desarrollar intervenciones, mejorar la calidad de vida de los pacientes y finalmente prevenir la muerte causada por suicidio.

Como una señal de advertencia, las alteraciones al dormir pueden ser un factor particularmente útil, y una herramienta clínica significativa de intervención para evaluar en presencia de ideación suicida. En particular, las pesadillas podrían constituir un marcador para un riesgo incrementado de comportamiento suicida (Sjöström et al., 2009), y aún más, el malestar por pesadillas podría explicar este riesgo incrementado de forma más importante que la frecuencia de pesadillas, pudiéndose llegar a usar el malestar por pesadillas como un probable predictor de la conducta suicida.

Además, como Krakow y cols. (2001) notaron, se debe reconocer a las pesadillas más allá de sólo un síntoma de un síndrome mayor (e.g., ansiedad) y necesitan ser vistas desde una perspectiva de medicina de sueño: las pesadillas son altamente prevalentes y son un trastorno del dormir separado que pueden y deberían recibir un tratamiento específico.

La decisión de estudiar la población de universitarios en el presente trabajo es por la importancia del suicidio en este grupo etario, ya que el suicidio es la segunda causa de muerte en la población de 15 a 29 años de edad en el mundo (OMS, resumen ejecutivo, 2014); así como la tercera causa de muerte en la población de 15 a 24 años de edad en México (Borges et al., 2010), y como la mayoría de los que cometieron suicidio presentaron antes ideación suicida (como ya mencionamos anteriormente), podemos usar a los ideadores suicidas como sujetos idóneos para llevar a cabo los objetivos de la presente investigación. Otro factor importante del estudio de pesadillas en esta población es que según el DSM-5 hay un pico de prevalencia y de gravedad de pesadillas en la adolescencia tardía y en la adultez temprana (APA, 2013). Adicionalmente se justifica la importancia de evaluar esta población porque Nielsen y Petit (2008) encontraron que “el máximo recuerdo de pesadillas mensual alcanza su nivel mayor entre los 20 y los 29 años de edad” (citado en Montplaisir, Zadra, Nielsen & Petit, p. 1093).

Hipótesis

Generales

1. Existe una asociación entre el malestar por pesadillas y la ideación suicida en estudiantes universitarios.
2. Existe una relación entre el malestar por pesadillas con el patrón de sueño habitual, las quejas de sueño y el número de psicopatologías (en particular con depresión y ansiedad) en estudiantes universitarios.
3. Los estudiantes universitarios con ideación suicida presentan mayor: malestar por pesadillas, alteración en el patrón de sueño habitual, cantidad de quejas de sueño y número de psicopatologías, en comparación a los estudiantes universitarios sin ideación suicida.
4. El malestar por pesadillas, así como también el género, frecuencia de pesadillas, número de psicopatología, tipo de psicopatología, insomnio, somnolencia, latencia a sueño y tiempo total de sueño son predictores de la ideación suicida en estudiantes universitarios.

Específicas

1. Las mujeres presentan mayor malestar por pesadillas en comparación a los hombres en una muestra de estudiantes universitarios.
2. El “Cuestionario de Malestar por Pesadillas” (Belicki, 1992) es un instrumento válido (con buenas propiedades psicométricas) en población de estudiantes universitarios.

Objetivos

Objetivos Principales

1. Determinar la asociación entre malestar por pesadillas con la ideación suicida, así como también con la frecuencia de pesadillas, el patrón de sueño habitual, las quejas de sueño, el número de psicopatologías y tipo de psicopatología.

2. Establecer las diferencias entre los estudiantes universitarios con y sin ideación suicida en el malestar por pesadillas, la frecuencia de pesadillas, el patrón de sueño habitual, quejas de sueño y número de psicopatología.

3. Determinar si el malestar por pesadillas u otros factores (género, frecuencia de pesadillas, número de psicopatología, tipo de psicopatología, insomnio, somnolencia, latencia a sueño y tiempo total de sueño) predicen la presencia de ideación suicida en estudiantes universitarios.

Objetivos Secundarios

1. Comparar el malestar de pesadillas entre hombres y mujeres en una muestra de estudiantes universitarios.

2. Adaptación y validación del Cuestionario de Malestar por Pesadillas (Belicki, 1992) en una muestra de estudiantes universitarios.

Método

1. Caracterización de Variable Dependiente y Variables Independientes

Variable dependiente: la ideación suicida.

Variables independientes: frecuencia de pesadillas, malestar por pesadillas, diversos tipos de psicopatología, patrones de sueño (latencia a sueño subjetiva, horarios para ir a la cama, tiempo total de sueño) y quejas de sueño (insomnio, sueño restaurado, somnolencia y reporte de parasomnia: sonambulismo, terrores nocturnos, parálisis de sueño).

2. Definiciones Conceptuales

2.1 Pesadillas. Sueños extremadamente atemorizantes con un componente emotivo fuertemente negativo que resultan en un despertar. Generalmente el contenido onírico puede ser recordado al despertar (Spoormaker, Schredl, & van den Bout, 2006; Schredl, 2013).

2.2 Malestar por pesadillas. Denota el impacto de las pesadillas en el individuo (e.g. en la función diurna) (Wood, Bootzin, 1990; Belicki, 1992). Este constructo es una de las variables independientes a estudiar en la presente investigación.

En general, se ha conceptualizado de cuatro maneras principalmente (Bockerman et al., 2014):

- Intensidad por pesadillas: malestar durante e inmediatamente después de una pesadilla.
- Efectos de las pesadillas: efectos de las pesadillas en el funcionamiento social.
- Síntomas relacionados con las pesadillas: consecuencias psicológicas y sobre el sueño relacionadas con las pesadillas.
- Percepción del malestar por las pesadillas: valoración subjetiva de aquellos que sufren de pesadillas sobre cuanto malestar les causan sus pesadillas.

2.3 Ideación Suicida. Deseos, planes, ideas o pensamientos de un sujeto acerca del suicidio. Así mismo los ideadores suicidas se identifican como aquellos individuos que presentan deseos y planes de cometer suicidio, pero sin haber realizado ningún intento de suicidio manifiesto de forma reciente (Beck et al., 1979). Este constructo es la variable dependiente del estudio.

3. Definiciones operacionales

3.1 Frecuencia de pesadillas. El cuestionario de frecuencia de pesadillas (Krakow et al., 2000) no menciona un punto de corte de severidad sobre la frecuencia de pesadillas. Para fines de esta investigación se usará la clasificación del DSM-5 (APA, 2013) que se encuentra en los especificadores de gravedad del trastorno por pesadillas:

- Ligero: < 1 episodio por semana en promedio.
- Moderado: ≥ 1 episodio/semana, pero menos que cada noche.
- Severo: Episodios cada noche.

3.2 Malestar por pesadillas. Aunque Belicki (1992) no hace referencia a puntos de corte específicos en su trabajo donde describe el desarrollo del CMP, Martínez y cols. (2005) observaron que en términos de la validez de criterio esta escala mostró un nivel aceptable de sensibilidad y especificidad con un valor de 12 para puntos de corte óptimos que delimita aquellos estados que se acercan a morbilidad. El puntaje en esta escala puede ir desde 0 (ausencia de malestar por pesadillas) a 52 (grado máximo de malestar por pesadillas). Para el presente trabajo se volvió a calcular el punto de corte con la versión validada para la población mexicana del instrumento mencionado (CMP-Mx) y encontramos que este correspondía a una puntuación de 12 (ver más adelante para más detalles con respecto al cálculo de éste).

3.3 Ideación suicida. Para identificar la ideación suicida se usará la escala de ideación suicida de Beck (Beck et al., 1979). El punto de corte generalmente corresponde a una puntuación de 1 o mayor (Mondragón, Saltijeral, Bimbela y Borges, 1998).

4. Tipo de Estudio y Diseño

Fase 1. No experimental transversal (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2003). Adaptación y validación de instrumento.

Fase 2. No experimental transversal correlacional (Pértega Díaz & Pita Fernández, 2002; Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2003). Comparación de dos grupos y Regresión Logística.

5. Población de Estudio

Estudiantes universitarios que fueron invitados a participar mediante una información que se distribuyó en volantes, carteles, anuncios y redes sociales.

5.1 Criterios de inclusión y exclusión. Se mencionan a continuación, los cuales varían según la fase del estudio considerada.

Fase 1. Los criterios de inclusión que tuvieron que cumplir son:

- Estudiantes universitarios de 17 a 26 años de edad.
- Hombres y mujeres.

Fase 2, criterios de inclusión de casos. Se debieron cumplir los siguientes:

- Estudiantes universitarios de 17 a 26 años de edad.
- Que hayan firmado carta de consentimiento informado

- Hombres y mujeres.
- Con presencia de ideación suicida actual o en los últimos 24 meses.
- Al menos una pesadilla cada 3 meses.

Fase 2, criterios de exclusión de casos. Son los siguientes:

- Dependencia y/o abuso de alcohol.
- Dependencia y/o abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas.
- Esquizofrenia

Fase 2, criterios de inclusión de controles. Se debieron cumplir los siguientes:

- Estudiantes universitarios de 17 a 26 años de edad.
- Que hayan firmado carta de consentimiento informado.
- Hombres y mujeres.
- Tener al menos una pesadilla cada 3 meses.

Fase 2, criterios de exclusión de controles. Son los siguientes:

- Dependencia y/o abuso de alcohol.
- Dependencia y/o abuso de sustancias psicoactivas no alcohólicas.
- Presencia de ideación suicida actual o en algún momento de su vida.
- Intento suicida en algún momento previo de su vida.
- Diagnósticos: esquizofrenia y trastorno depresivo mayor (TDM).

6. Muestra

Fase 1 y fase 2. No probabilística, de sujetos voluntarios (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

7. Tamaño de la Muestra

Fase 1. Con el propósito de validar el Cuestionario de Malestar por Pesadillas fue aplicado a 88 estudiantes universitarios. Este número de sujetos fue determinado con base en la regla de oro psicométrica sugerida por Nunnally y Bernstein (1994) que indica la aplicación a por lo menos 5 sujetos por reactivo, tomando en cuenta que el instrumento cuenta con 13 reactivos multiplicamos esta cantidad por 5 sujetos y obtuvimos 65, como el número de sujetos mínimo a ser incluidos ($5 \times 13 = 65$), por lo tanto el número de sujetos usados fue ligeramente mayor al calculado.

Fase 2. A continuación se explica cómo se calculará el tamaño de muestra necesaria para contrastar la hipótesis de que el Odds Ratio (OR) sea igual a 1 (Pértega Díaz & Pita Fernández, 2002), con el fin de determinar si existe una relación significativa entre la exposición al malestar por pesadillas y la presencia de ideación suicida.

En estudios de casos y controles la distribución de n sujetos estudiados según presenten o no la enfermedad (ideación suicida en este caso) y según su exposición a cada factor (malestar de pesadillas) se puede mostrar en una tabla 2 x2, como se observa en la tabla 2, y a partir de estos valores se puede calcular el OR multiplicando en “cruz” sus cuatro valores. Para las fórmulas que mencionaremos en lo sucesivo nos referiremos al OR con la letra “w”. En síntesis se puede calcular el OR con la siguiente fórmula:

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

Tabla 2

Disposición de los sujetos incluidos en un estudio de casos y controles. Tabla de 2 x 2

	Casos	Controles	
Expuestos	a	b	a + d
No expuestos	c	d	c + d
	a + c	b + d	n

Recuperado y modificado de Pértega Díaz & Pita Fernández, 2002.

Durante la fase 1 de la presente investigación se usaron 88 estudiantes universitarios (que para fines del cálculo de las fórmulas a discutirse en esta sección se tomaran como “controles”, es decir sin ideación suicida) y se observó que 33 de estos sujetos presentaban malestar por pesadillas (b=33), es decir 33 sujetos “sin ideación suicida” se encontraron expuestos a malestar por pesadillas; mientras que otros 55 sujetos no presentaron malestar por pesadillas (d=55), es decir 55 sujetos “sin ideación suicida” no estuvieron expuestos a malestar por pesadillas. En el presente estudio se espera que el malestar de pesadillas se encuentre en mayor proporción en una muestra de sujetos con ideación suicida, y dado que no existen investigaciones que hayan estimado dicha correlación o prevalencia se usaron los siguientes valores sólo como referencia para el cálculo del tamaño de la muestra para la fase 2 de esta investigación: 60 casos esperados (con ideación suicida) expuestos a malestar por pesadillas (a=60) y 28 casos esperados (con ideación suicida) no expuestos a malestar por pesadillas (c=28). De esta manera podemos usar la fórmula mencionada anteriormente para realizar los cálculos pertinentes y así obtener el OR:

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c} = \frac{60 \times 55}{33 \times 28} = 3.57 \sim 4$$

Tomamos como referencia a la muestra estudiada de 88 estudiantes empleada en la Fase 1, y obtuvimos que 33 sujetos tuvieron malestar por pesadillas, y consideramos esta muestra de 88 sujetos como sujetos control, posteriormente realizamos los cálculos pertinentes mediante una regla de 3 ($100 \times 33 / 88 = 37$), de esta manera obtuvimos un aproximado de la frecuencia de exposición entre los controles (p_2). Es decir, 37% de los sujetos controles reportaron tener malestar por pesadillas ($p_2 = 0.37$).

El valor de p_1 , la frecuencia de exposición entre los casos, se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$\begin{aligned} \text{Ecuación 1: } \quad OR = w = \frac{p_1(1-p_2)}{p_2(1-p_1)} &\Rightarrow wp_2(1-p_1) = p_1(1-p_2) \Rightarrow p_1(1-p_2+wp_2) = wp_2 \Rightarrow \\ &\Rightarrow p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2)+wp_2} \end{aligned}$$

Realizando las sustituciones y cálculos correspondientes en la fórmula previa obtenemos que $p_1 = 0.70$, es decir hay un 70% de probabilidad esperada de exposición al malestar de pesadillas en los sujetos con ideación suicida (casos).

Después de obtuvimos todos los datos ya mencionados, usamos la siguiente fórmula para el cálculo del tamaño muestral:

$$\text{Ecuación 2: } \quad n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

w = Odds Ratio (4)

p_1 = frecuencia de exposición entre los casos (0.70)

p_2 = frecuencia de exposición entre los controles (0.37)

α = seguridad con la que se desea trabajar, o riesgo de cometer error tipo I. Se trabajará con una seguridad del 95% ($\alpha = 0.05$).

$1 - \beta$ = poder estadístico o riesgo de cometer error tipo II. Se tomará $\beta = 0.2$, es decir, un poder del 80%.

$$p = \frac{p1 + p2}{2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ y $Z_{1-\beta}$, son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y poder elegidos para el estudio. En particular, para una seguridad de un 95% y un poder estadístico del 80% se tiene que $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ y $Z_{1-\beta} = 0.84$.

Finalmente, sustituyendo los valores arriba mencionados en la Ecuación 2 se obtiene que $n = 34.3 \sim 34$. Por lo tanto se necesitan 34 sujetos por grupo (34 sujetos con presencia de ideación suicida y 34 sin ideación suicida) para detectar como significativo un valor de odds ratio de 4.

8. Material e Instrumentos

8.1 Evaluación de la ideación suicida. En la presente investigación se usó la Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck et al., 1979), adaptada y validada por Gonzáles y cols. (2000) para universitarios mexicanos, la cual consta de 20 reactivos con tres opciones de respuesta, cada uno de los cuales se puntuó del 0 al 1, y donde el último reactivo, que evalúa intentos suicidas previos, no se tomó en cuenta para el puntaje total (Brown, 2000). Un médico general aplicó los reactivos de esta escala en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar suicidarse (suicidio activo)” y (5) “Intento/Deseo pasivo de suicidarse”, eran “0”, se omitían las secciones subsecuentes y se

terminaba la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se continuaba aplicando (Brown, 2000; González et al., 2000). De hecho, los primeros 5 reactivos son de tamizaje, si el respondiente reportaba deseos activos o pasivos de cometer suicidio, entonces el resto de los reactivos se administraban. Esta escala tomó aproximadamente 5-10 minutos para administrarse cuando se aplicaban sólo los primeros 5 reactivos y hasta 15-20 minutos cuando se aplicó completamente.

El punto de corte para decidir que un sujeto presentaba ideación suicida correspondió a una puntuación de 1 o mayor (Mondragón et al., 1998; García, 2003; González et al., 2000).

8.2 Evaluación de malestar por pesadillas. En la presente investigación se usó el Cuestionario de Malestar por Pesadillas (Belicki, 1992), en su versión adaptada y validada (en el presente estudio) para población mexicana (CMP-Mx). Este instrumento se usó para evaluar el malestar por pesadillas en estudiantes universitarios a través de 10 reactivos, el punto de corte que se usó fue de 12.

El instrumento se enviaba al correo electrónico proporcionado por el sujeto, se calificaba antes de la entrevista presencial y posteriormente se le explicaba al estudiante los datos relevantes encontrados el día de la cita.

8.3 Evaluación de la frecuencia de pesadillas. Se aplicó el cuestionario de autoreporte desarrollado por Krakow y cols. (2000), en su versión adaptada al español por el autor de la presente investigación. Dicho instrumento consta de 2 reactivos, el primero se usó para evaluar la frecuencia de pesadillas por “noches con pesadillas” y el segundo como “número de pesadillas” y se calculó la frecuencia de cada reactivo por año, mes o semana según correspondiera.

El instrumento fue enviado al correo electrónico del estudiante, se calificaba después de que el sujeto lo respondía y posteriormente se explicaba lo hallado durante la entrevista. Para este instrumento no se tomó en cuenta ningún punto de corte para establecer la gravedad de la frecuencia de las pesadillas.

8.4 Evaluación de la psicopatología. Para evaluar la psicopatología se usó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, por sus siglas en inglés: Mini International Neuropsychiatry Interview), la cual es una entrevista diagnóstica breve estructurada. Fue elaborada por Lecrubier y colaboradores de la “Salpêtrière” en París, y Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. Fue adaptada al español latinoamericano en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente por Heinze en colaboración con Sheehan (2000).

En la entrevista se exploran los principales trastornos psiquiátricos del eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-4) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Está dividida en módulos, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.

En la presente investigación este instrumento fue aplicado por un médico general. Los diagnósticos fueron establecidos durante la entrevista con base a respuestas dicotómicas y se evaluaron la presencia de los trastornos psiquiátricos más comunes (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto & Soto, 2000; Heinze, Sheehan & Cortés, 2000; Sheehan et al, 1998).

Procedimiento

1. Fase I

1. Se realizó la adaptación al español de México del Cuestionario de Frecuencia de Pesadillas, así como también la adaptación y validación del Cuestionario de Malestar por Pesadillas (CMP).

Se inició por hacer la traducción de palabras del inglés al español de los instrumentos y posteriormente se adaptaron a términos utilizados en el medio donde se aplicó el cuestionario, tomando en cuenta lo que se pretendía medir. Esto se hizo con ayuda de jueces expertos en la materia logrando un consenso final, posteriormente se re-tradujo el instrumento a su idioma original por un nativo parlante del idioma inglés quien no conocía el instrumento para así asegurar que el significado de los reactivos no habían sido cambiados durante el proceso inicial de traducción. Cuando se obtuvieron las versiones finales se procedió a aplicar un piloto de los dos cuestionarios en universitarios y se realizaron ajustes donde fue necesario.

2. El Cuestionario de Malestar por Pesadillas se aplicó a 88 estudiantes universitarios que cumplían los criterios de inclusión para la Fase 1 del presente estudio, el investigador se encontró presente para resolver las dudas. Se reclutaron los sujetos dentro de las instalaciones de Ciudad Universitaria, se daba una explicación breve de la necesidad de dicho instrumento y si el sujeto aceptaba se le brindaba dicho cuestionario. El cuestionario fue aplicado entre los meses de febrero y mayo del 2015, el tiempo de la aplicación del cuestionario tomó en promedio 5 minutos para ser completado y se realizó de lunes a viernes en un horario que comprendió de las 10:00 hrs a las 18:00 hrs.

3. Posteriormente al ya tener contestados los cuestionarios del CMP se realizó una base de datos y se llevó a cabo el procedimiento necesario para realizar su validación estadística:

revisión de la base de datos, análisis del sesgo de cada reactivo, análisis de discriminación, análisis de consistencia interna con del Alfa de Cronbach y análisis factorial exploratorio. De esta manera de 13 reactivos que constituían el Cuestionario original se obtuvieron 10 reactivos, los cuales formaron parte del nuevo cuestionario al cual se denominó Cuestionario de Malestar por Pesadillas versión México (CMP-Mx).

4. Finalmente se determinó el punto de corte del CMP-Mx.

2. Fase 2

1. Se difundió el estudio a través de carteles colocados en Ciudad Universitaria, así como también mediante la divulgación del estudio a través de redes sociales de internet que formaban parte de la UNAM. Se colocó el teléfono y correo electrónico del investigador, así como una síntesis muy breve de en qué consistía el estudio así como de los criterios de inclusión.

2. Los individuos que se ponían en contacto con el investigador y que cumplían los criterios de inclusión se les invitó a llenar de forma voluntaria dos cuestionarios auto-aplicables (CMP-Mx y CFP), así como para ser entrevistados para la aplicación de la ISB y de la MINI. Los dos primeros cuestionarios fueron enviados al correo electrónico proporcionado por el sujeto, de forma adicional a estos cuestionarios también se envió un cuestionario general de trastornos del dormir, quejas y patrones de sueño realizado por el investigador que tenía la finalidad de orientar la entrevista de sueño del paciente, se revisaba y modificaba en caso de ser necesario durante la entrevista con el sujeto. Cuando llegaron a haber dudas en su respuesta o en alguno de los reactivos, los sujetos contactaban al investigador por medio de su correo electrónico. Se solicitaba que al responder dichos cuestionarios fueran enviados al correo electrónico del investigador.

3. Los cuestionarios eran revisados y calificados por el investigador, posteriormente a realizar esto se agendaba una cita con el sujeto para informar sobre los hallazgos, así como para llevar a cabo una entrevista clínica la cual se llevaba a cabo dentro de las instalaciones de Ciudad Universitaria.

4. Las entrevistas se llevaron a cabo entre febrero y diciembre del 2016, los días lunes a viernes, en un horario que variaba desde las 9 hrs hasta las 18 hrs. La entrevista tomó un tiempo aproximado de 80 minutos por cada sujeto.

5. En la fecha de la entrevista se le pidió permiso a los sujetos para usar su información en la presente investigación, los sujetos que aceptaron firmaron una carta de consentimiento informado.

6. Durante la entrevista presencial con el sujeto se aplicaron primero la escala ISB de forma semiestructurada y posteriormente la MINI de forma estructurada. Ambas escalas fueron aplicadas por un médico general. Cuando se encontró presencia de ideación suicida, se cumplían criterios para alguna psicopatología o se encontraba malestar por pesadillas elevado se le recomendaba y brindaba información al sujeto para que asistiera a las instalaciones de Salud Mental de la UNAM para ser evaluados por un especialista en psiquiatría.

7. Adicionalmente a los sujetos que presentaba malestar por pesadillas elevado se les brindaba información general de en qué consistía la terapia de imaginería de pesadillas y cómo podían implementarla para ayudarles en su problema con las pesadillas.

8. Si se detectaba que el sujeto tenía sospecha de presentar algún otro trastorno del dormir (insomnio, SAHOS, etc.) se le explicaba en qué consistía éste, cómo se trata y lo qué tiene que realizar para corroborar el diagnóstico en caso de que fuera necesario.

8. Después de recolectar los datos se generó una base de datos y se realizaron los siguientes análisis estadísticos: descriptivos, correlaciones, comparaciones de grupos y de regresión logística.

Fase I: Adaptación y Validación del Cuestionario de Malestar por Pesadillas

1. Plan de Análisis Fase I

1.1 Adaptación y validación del cuestionario de malestar por pesadillas. Esta primera fase del estudio está diseñada para adaptar y validar el Cuestionario de Malestar por Pesadillas (CMP) en una población de estudiantes universitarios de la Ciudad de México, dicho cuestionario es fundamental para medir la variable malestar por pesadillas. En México no se cuenta con un instrumento validado para la población a evaluar.

Inicialmente se realizará la traducción del instrumento y se proporcionará a 5 jueces expertos en el campo de trastornos del dormir. A la versión final del cuestionario traducido se llevarán a cabo los análisis que se describen a continuación.

Para la validación del CMP se seguirá el procedimiento sugerido por Nunnally y Bernstein (1994), así como por Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008).

Inicialmente se realizará **la revisión de la base de datos para corroborar** que no haya errores de captura con apoyo de la estadística descriptiva e inmediatamente después se realizará un análisis de frecuencia de las respuestas a cada reactivo para asegurar que las respuestas no estuvieran fuera de rango y valorar que todas las opciones de respuesta de los reactivos hayan sido atractivas para los respondientes. En caso de no encontrarse un reactivo como atractivo se procede a eliminar el reactivo.

Posteriormente se llevó a cabo un **análisis del sesgo de cada reactivo**, para determinar el tipo de distribución de la respuesta a los reactivos del cuestionario de malestar por pesadillas. Se considerara como una distribución normal un valor de sesgo entre -0.5 y +0.5, y como distribución no normal (sesgada) un valor que se encuentre fuera de los parámetros ya

mencionados. Si la mayoría de los reactivos presentan cierta distribución (normal o sesgada), se conservarán sólo éstos y se eliminará al resto.

A continuación se realizará **un análisis de discriminación** con los reactivos que hasta el momento no hayan sido eliminados, para lo cual se generará una nueva variable que será el resultado de la suma total de los reactivos para cada uno de los sujetos (puntaje del CMP). Y posteriormente, con el puntaje total obtenido en el CMP, mediante un análisis de frecuencias se calculará el percentil 25 y el percentil 75, con los cuales se dividirá a la muestra en dos grupos: 1) aquellos con puntajes bajos ($<$ percentil 25) y 2) sujetos con puntajes altos ($>$ percentil 75); con la prueba t de Student para muestras independientes se compararán estos grupos. Se considerará como reactivo que discrimina si presenta diferencias significativas en la prueba t de Student y en aquellos reactivos donde no se observen diferencias significativas serán eliminados.

Todos aquellos reactivos que no se han eliminados con los análisis estadísticos previamente mencionados, se les realizará **un análisis de consistencia interna con del Alfa de Cronbach**, se eliminarán los reactivos que presenten una correlación entre el reactivo y el puntaje total del CMP menor a .300.

1.2 Análisis factorial exploratorio. Todos aquellos reactivos que no se han eliminados con los análisis estadísticos previamente mencionados, serán sometidos a un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales. Se estimará el KMO como medida de adecuación muestral, esperando obtener un valor mayor a 0.6 como indicador de que el tamaño de la muestra fue suficiente. Adicionalmente se pedirán las comunalidades para observar la proporción de la varianza en común entre las variable que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido. Se considerará un valor propio (Eigen value) mayor a 1 como criterio para decidir el número de factores que contribuyen a explicar la varianza. Para determinar el tipo

de rotación a emplear en el análisis factorial primero se realizarán correlaciones de Spearman entre cada reactivo y el puntaje total del CMP, si la mayoría de las correlaciones tiene un puntaje mayor a .50 se realizará una rotación oblicua oblmin y si los valores de correlación son menores a .50 será una rotación ortogonal varimax. Se conservarán sólo aquellos reactivos que muestren una carga factorial mayor de .30.

A los reactivos que conformarán el CMP-México se realizará un análisis de Cronbach para determinar la consistencia interna considerando que son cuestionables los valores entre 0.60 a 0.69, aceptables con un valor entre 0.70 a 0.79, buenos con un valor de .80 a .89 y excelentes si se obtiene un alfa de Cronbach mayor de .90 (George y Mallery, 2003 en Gliem y Gliem, 2003).

1.3 Cálculo del punto de corte del CMP-Mx. Finalmente, debido a que en la literatura no hay un punto de corte claro para identificar la presencia o ausencia de malestar por pesadillas, en el presente trabajo se determinará el punto de corte mediante el cálculo del percentil 75 al puntaje total del CMP-Mx, tomando en consideración que a mayor puntaje obtenido de la suma de los 10 reactivos hay mayor afección del malestar por pesadillas, donde aquellos sujetos con un puntaje mayor al percentil 75 se considerarán que presentan malestar por pesadillas. Dado que el tamaño de la muestra es mayor a 40 se asumirá que tiene una distribución normal en el puntaje obtenido en el CMP-Mx (Elliott y Woodward, 2007).

2. Resultados Fase I

2.1 Adaptación y validación psicométrica del cuestionario de malestar por pesadillas. Para realizar su validación psicométrica se aplicó inicialmente a 88 estudiantes universitarios, de entre 18 a 26 años de edad (47 hombres y 41 mujeres).

El análisis de frecuencia mostró que todas las opciones de respuesta fueron atractivas para los diferentes reactivos, a excepción del reactivo 3 en la opción de respuesta “siempre” dado que nadie eligió esta respuesta, por lo que se eliminó este reactivo del análisis final del presente estudio (ver tabla 5).

Tabla 5

Análisis de frecuencia de los reactivos del Cuestionario por Malestar de Pesadillas (CMP)
N=88.

Descripción del reactivo del CMP	Nunca 0	En raras ocasiones 1	Algunas veces 2	A menudo 3	Siempre 4
Reactivo 1	8	41	20	13	6
Reactivo 2	65	15	4	3	1
Reactivo 3	56	18	9	4	0
Reactivo 4	19	33	25	5	6
Reactivo 5	32	25	18	9	4
Reactivo 6	50	24	9	2	3
Reactivo 7	58	20	3	3	4
Reactivo 8	57	21	6	1	3
Reactivo 9	27	32	20	6	3
Reactivo 10	42	20	17	7	1
Reactivo 11	31	21	26	7	3
Reactivo 12	78	4	3	1	2
Reactivo 13	35	33	13	4	3

Nota: Las respuestas de los reactivos 5, 8 y 13 varían a lo indicado, ver la sección de descripción del instrumento para mayores detalles.

El análisis del sesgo de los reactivos del CMP (ver tabla 2) mostró que todos los reactivos tienen una distribución no normal (con asimetría positiva/sesgo a la derecha), con un valor de sesgo mayor 0.5 (ver tabla 6).

Tabla 6

Media y sesgo de los reactivos del Cuestionario por Malestar de Pesadillas (CMP), N=88.

Reactivos del CMP	Media	Sesgo
R1.	1.64	.661
R2.	.41	2.368
R3.	.55	1.467
R4.	1.39	.723
R5.	1.18	.738
R6.	.68	1.703
R7.	.58	2.128
R8.	.55	2.164
R9.	1.16	.773
R10.	.91	.861
R11.	1.20	.548
R12.	.24	3.681
R13.	.94	1.176

A continuación se describe lo que mostró el análisis de discriminación entre los reactivos del CMP. Primeramente con un análisis de frecuencias se obtuvieron los valores del percentil 25 y 75 para el conjunto de los puntajes del CMP, los datos mostraron que 21 sujetos (25%) obtuvieron menos de un puntaje de 5.75 y otro 25% tuvieron más de 15.25. A partir de estos puntajes obtenidos se dividió a los 42 sujetos en dos grupos extremos, uno con un puntaje menor al percentil 25 y otro conformado por quienes obtuvieron un puntaje mayor al percentil 75. Posteriormente se realizó la prueba t de Student para muestras independientes, la cual encontró diferencias significativas en cada uno de los reactivos, lo que mostró que los 12 reactivos tienen capacidad de discriminación (ver tabla 7).

Tabla 7

Análisis de discriminación de los reactivos del CMP mediante la comparación de los sujetos en el percentil 25 y 75 (n=42)

Reactivos del CMP	Grupo Percentil 25	Grupo Percentil 75	t	Valor p
R1.	.81 ± .602	2.76 ± .995	-7.694	.000
R2.	.05 ± .218	1.00 ± 1.140	-3.760	.001
R4.	.38 ± .498	2.62 ± 1.024	-9.012	.000
R5.	.24 ± .436	2.52 ± 1.030	-9.360	.000
R6.	.14 ± .359	1.67 ± 1.354	-4.985	.000
R7.	.00 ± .000	1.81 ± 1.401	-5.920	.000
R8.	.00 ± .000	1.67 ± 1.197	-6.379	.000
R9.	.52 ± .602	1.86 ± 1.315	-4.226	.000
R10.	.19 ± .512	1.57 ± 1.076	-5.312	.000
R11.	.38 ± .669	2.10 ± 1.221	-5.643	.000
R12.	.00 ± .000	.86 ± 1.352	-2.905	.009
R13.	.14 ± .359	1.86 ± 1.195	-6.295	.000

Los datos muestran la Media ± la desviación estándar.

Se estimó la consistencia interna entre los 12 reactivos del CMP obteniéndose un Alfa de Cronbach .885. Como se puede observar en la tabla 4, las correlaciones en general fueron de

medias a altas (>0.5), a excepción del reactivo 2 (¿Te ha pasado alguna vez que alguien te desagrada o le tienes miedo o no quieres encontrártelo sólo porque estuvo en tu pesadilla?) y el reactivo 10 (¿Has sentido que tus pesadillas predicen el futuro?) por lo que se eliminaron estos reactivos de los análisis subsecuentes (ver tabla 8).

Tabla 8

Consistencia interna de los reactivos mediante Alfa de Cronbach

Reactivos del CMP	Correlación elemento total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el reactivo
R1.	.625	.874
R2.	.244	.892
R4.	.735	.867
R5.	.723	.868
R6.	.609	.875
R7.	.722	.868
R8.	.808	.865
R9.	.572	.877
R10.	.296	.893
R11.	.549	.879
R12.	.552	.879
R13.	.617	.875

2.2 Análisis factorial. Para llevar a cabo el análisis factorial exploratorio primero se realizó una correlación de Spearman entre la suma del puntaje total de la escala y los reactivos de la escala que pasaron los pasos previos, donde 9 de los 10 reactivos mostraron coeficientes de correlación de Spearman $\rho > 0.50$, por lo que se realizó el análisis factorial con el método de extracción de componentes principales con rotación oblicua con el método de oblimin directo

(correlaciones entre factores de .469) con normalización de Kaiser, se obtuvo un KMO = .869, lo que indica un adecuado tamaño de muestra. Se obtuvieron comunalidades entre los reactivos y la prueba CMP mayores a .490. El CMP quedó compuesto por 2 factores que explican el 64.496% de la varianza total, los reactivos presentaron cargas factoriales superiores a 0.430. El análisis factorial final estuvo integrado por dos factores, el factor 1 estuvo constituido por 8 reactivos, al cual se le llamó “malestar general por pesadillas”; mientras que el segundo factor estuvo compuesto por dos reactivos, al cual se le denominó “percepción de la realidad”, se encontró una correlación de .469 entre ambos factores. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de .901 del CMP-Mx, la cual es indicativa de una excelente consistencia interna (ver tabla 9).

Tabla 9

Carga factorial, varianza explicada y consistencia interna del análisis factorial final del Cuestionario de Malestar por Pesadillas (n=88)

Descripción de los reactivos	Factor 1	Factor 2
R1. Cuando te despiertas de una pesadilla, ¿te das cuenta que sigues pensando en ella y te es difícil olvidarla?	.430	
R4. Después que te despiertas de una pesadilla, ¿tienes dificultad para volverte a dormir?	.573	
R5. ¿Las pesadillas interfieren de algún modo con la calidad de tu sueño?	.484	
R6. ¿Tienes dificultad para enfrentar tus pesadillas?	.583	
R7. ¿Sientes que tienes problemas con tus pesadillas?	.826	
R8. ¿Sientes que las pesadillas afectan tu bienestar?	.807	
R9. ¿Has tenido la sensación de que algo que pasó en tu pesadilla ocurrió realmente?		.718
R11. ¿Te ha pasado que tienes una pesadilla que llega a sentirse tan real, que cuando te despiertas tienes dificultad para convencerte de que eso era “sólo un sueño”?		.921
R12. ¿En el año pasado has considerado buscar ayuda profesional debido a tus pesadillas?	.921	
R13. Si estuviera disponible un programa terapéutico para ayudarte a controlar, o evitar que tengas pesadillas, ¿qué tan interesado estarías en participar?	.757	

Varianza parcial explicada	53.872%	10.624%
Varianza total	64.496%	
Alfa de Cronbach Total	.901	

2.3 Cálculo del punto de corte. Se encontró que el percentil 75 del CMP-Mx correspondía a un puntaje de 12, por lo que los sujetos por arriba de este puntaje se clasificaron con malestar de pesadillas.

3. Discusión Fase I

3.1 Adaptación y validación de cuestionario de malestar por pesadillas. En el presente estudio se adaptó y validó el cuestionario de malestar por pesadillas (Belicki, 1992). Después de someterse a diversos análisis estadísticos, de los 13 reactivos originales que componen este instrumento 10 se conservaron (se eliminaron los reactivos 2, 3 y 10).

La muestra usada para la adaptación y validación del CMP fue similar a la usada por la versión española (Martínez et al, 2005), en esta última se usaron también estudiantes universitarios, aunque difirió en el rango de edad (18 a 38 años) y en que el número de sujetos reclutados por los autores españoles fue mayor (162 sujetos). La versión alemana del CMP (Bockerman et al, 2014) también difirió en el número de sujetos usados (n= 213 sujetos) y en que se usaron sujetos con un rango de edad aún más amplio (18 a 75 años). Aunque el número de sujetos que se reclutaron para realizar la adaptación y validación de la versión mexicana fue menor a la que se usó en las otras dos versiones existentes, este fue suficiente según lo recomendado por Nunnally y Bernstein (1994): aplicación a por lo menos 5 sujetos por reactivo

(13 reactivos por 5 sujetos = 65), por lo que el número de sujetos reclutados ($n=88$) fue mayor a lo recomendado.

La confiabilidad de la escala encontrada fue alta ($\alpha = .901$), y es mayor a las reportadas por Belicki (1992, $\alpha = .88, .87$ y $.83$) en tres muestras de sujetos que sufrían pesadillas recurrentes; también fue mayor a la encontrada por Martínez y cols. (2005), así como por Bockerman y cols. (2014), $\alpha = .80$ en ambos casos. Consideramos que esto puede explicarse, en parte, a que en el cuestionario adaptado y validado para la población de estudiantes universitarios mexicanos se eliminaron reactivos que no contribuían a la consistencia interna de la escala.

Debido a la reducción en el número de reactivos se obtuvieron dos factores en la escala, a diferencia de los tres encontrados por Martínez y cols. (2005), y por Bockerman y cols. (2014).

El primer factor encontrado (reactivos 1, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13) es similar al factor encontrado por Bockerman y cols. (2014) (reactivos 5, 6, 7, 8, 12 y 13) que llamaron “malestar general por pesadillas”. Este primer factor es también parecido al encontrado por Martínez y cols. (2005), al cual llamaron “interferencia” (reactivos 5, 7, 8, 13).

El segundo factor (reactivos 9 y 11) encontrado es similar al hallado por Bockerman y cols. (2014) al cual llamaron “impacto en la percepción de la realidad diaria” (reactivos 2, 9, 10, 11), excepto que en el presente estudio no se encontraba el reactivo 2 y 10, debido a que fueron eliminados durante el proceso. En menor medida se parece al factor reportado por Martínez y cols. (2005) al cual llamaron “premonición” (reactivos 9 y 10).

Se observó que estos dos factores hallados son consistentes con lo que se ha encontrado previamente en la literatura sobre la evaluación psicométrica del CMP, en particular el reportado por Bockerman y cols. (2014). La presente estructura factorial del CMP-Mx quedó dividida en

dos subescalas a las cuales llamamos: “malestar general por pesadillas” e “impacto en la percepción de la realidad diaria”.

En cambio, el tercer factor reportado por Martínez y cols. (2005), así como por Bockerman y cols (2014), no se encontró en el presente estudio, “impacto en el dormir” y “preocupación-miedo”, respectivamente. En el primer caso fue debido a que se eliminaron los reactivos 2 y 3, que forman parte del factor reportado por los autores. En el segundo caso, los reactivos 1 y 5 que formaban parte del tercer factor reportado fueron incluidos dentro del factor malestar por pesadillas del presente estudio.

Los reactivos que fueron eliminados no parecen asociarse de forma tan relevante con el constructo de malestar por pesadillas como ocurrió en las otras poblaciones mencionadas previamente, estos reactivos fueron: Reactivo 2: evitación o miedo de encontrarse alguien porque estuvo presente en la pesadilla y Reactivo 3: tener miedo de ir a dormir por tener una pesadilla; ambos reactivos se refieren a situaciones de evitación o miedo, por lo que los estudiantes universitarios no parecen haber asociado la evitación con el malestar por pesadillas. Adicionalmente, con respecto al Reactivo 2 podría explicarse en parte porque los sujetos mostraban una mayor tendencia hacia una personalidad de límites gruesos que delgados (Hartman et al., 1998), lo que los llevaba a no asociar los sujetos que se encontraban en sus ensoñaciones con los reales (constructo no medido). También se eliminó el Reactivo 10: ¿crees que tus pesadillas predicen el futuro?, el cual es un reactivo que hace alusión a la premonición de las pesadillas, probablemente se eliminó porque es el reactivo que tuvo menos relación cuando se toman todos los reactivos en conjunto, así como también podría deberse a que los sujetos presentaban una mayor tendencia hacia límites gruesos de la personalidad, es decir los sujetos

probablemente tenían la capacidad de distinguir como diferente lo ocurrido en sus pesadillas de lo que podría ocurrir en un futuro estando despiertos.

En futuros estudios se debería medir el constructo de límites de la personalidad (Hartmann, 1998) debido a que aunque hago mención que los sujetos aquí estudiados parecieron tener una tendencia hacia límites gruesos de la personalidad, debido a los reactivos eliminados, Hartman y cols. (1998) encontraron que los sujetos que presentan un continuo entre sus ensoñaciones y vigilia (“soñar despierto”) tienen una mayor tendencia hacia límites delgados de la personalidad.

4. Conclusiones Fase 1

Se demostró que el Cuestionario de Malestar de Pesadillas-Mx tiene buenas propiedades psicométricas, con una buena estructura factorial, y una excelente consistencia interna con un Alfa de Cronbach = .901, por lo que es un instrumento confiable y válido para evaluar el malestar por pesadillas en los estudiantes universitarios de México.

Fase II: Relación del Malestar por Pesadillas con la Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios

1. Plan de Análisis Fase II

1.1 Relación del malestar por pesadillas con la ideación suicida en estudiantes universitarios. Inicialmente se realizarán estadística descriptiva y a las variables continuas se determinarán las medidas de tendencia central (edad, índice de masa corporal, puntaje total del CMP-Mx, frecuencia de pesadillas semanal, latencia a sueño subjetiva en minutos, tiempo total de sueño subjetivo, hora de acostarse y levantarse entre semana y fin de semana, número de psicopatologías). Mientras que para las variables de tipo categóricas se calcularán las frecuencias y proporciones (sexo, carrera de estudios, presencia o ausencia de ideación suicida, reporte de sueño restaurador, queja de insomnio, somnolencia, reporte de parasomnias y tipo de psicopatologías), [Clark-Carter, 2002].

Para determinar la correlación entre la variable dependiente y las independientes se realizarán análisis de correlación de Spearman cuando se trate de variables continuas con variables categóricas (malestar de pesadillas y frecuencia de pesadillas con: ideación suicida, sueño restaurador, queja de insomnio, somnolencia, parasomnias y tipos de psicopatologías). Por otra parte, se realizarán correlaciones de Pearson para analizar asociaciones entre dos variables continuas (malestar de pesadillas y frecuencia de pesadillas entre ellas y con: latencia a sueño subjetiva, reporte de tiempo total de sueño y número de psicopatologías). Y se harán análisis de correlación de Phi cuando las variables sean dicotómicas (asociaciones entre: ideación suicida, sueño restaurador, queja de insomnio, somnolencia, reporte de parasomnias y tipos de psicopatologías). En todos los casos se tomará como nivel de significancia estadística un valor $p \leq .05$ a dos colas (Clark-Carter, 2002).

Posteriormente, la muestra total se dividirá en dos grupos: 1) grupo control (sin presencia de ideación suicida) y 2) grupo de casos (con presencia de ideación suicida), y se realizará la comparación entre los grupos mediante estadística no paramétrica, debido al tamaño de muestra con una $N < 30$ se asumirá que la muestra no tiene una distribución normal y por lo tanto las comparaciones entre las variables continuas se harán con la prueba U de Mann-Whitney (edad, IMC, malestar por pesadillas, frecuencia de pesadillas, número de psicopatologías, latencia a sueño, tiempo total de sueño y horarios de sueño). Por otro lado, para comparar a los grupos entre variables categóricas (sexo, carrera de estudios, tipos de psicopatologías, somnolencia, insomnio, parasomnias y sueño restaurador) se empleará la prueba de Chi Cuadrada. En ambos casos se tomará como nivel de significancia estadística un valor $p \leq .05$ a dos colas (Clark-Carter, 2002).

Para determinar qué factores predicen la ideación suicida en el estudiante universitario, se realizará un análisis de regresión logística multivariado siguiendo el procedimiento sugerido por Burns y Burns (2008), donde la variable dependiente será la ideación suicida y las variables independientes: malestar por pesadillas, frecuencia de pesadillas, número y tipo de psicopatologías, reporte de insomnio, somnolencia, parasomnias, sueño restaurador, latencia a sueño subjetiva y tiempo total de sueño. Para cada modelo sólo se introducirá un máximo de 3 variables independientes, esto debido al tamaño de la muestra es menor a 30 sujetos. Se utilizará la prueba de Omnibus para evaluar si el modelo es mejor en predecir la ideación suicida en comparación a un modelo sin predictores. Se usará la R cuadrada de Nagelkerke para determinar que tanto se explica de la varianza de la ideación suicida con el modelo empleado, se considerará un valor como estadísticamente significativo con una $p \leq .05$ a dos colas. Posteriormente, se empleará la prueba de Hosmer y Lemeshow para verificar que los datos ajusten bien con el

modelo, considerando que el modelo ajustó adecuadamente con un valor $p > .05$.

Adicionalmente se analizará el estadístico de Wald para determinar si al menos una de las variables independientes introducidas en el modelo contribuye de forma significativa a la predicción ($p \leq .05$). También se calculará el valor de Exp (B) para conocer si la variable independiente es un factor de riesgo para presentar ideación suicida, y se estimarán los intervalos de confianza al 95%.

2. Resultados Fase II

La muestra total fue homogénea tanto en género como en edad, ya que estuvo constituida por 25 estudiantes universitarios, con una edad promedio de 22.04 ± 2.01 años (rango de 19 a 25 años de edad) y donde el 56% ($n=14$) fueron mujeres. Esto previo nos asegura que se hayan podido controlar los efectos confusores de género y edad. En cuanto a estado civil, el 96% eran solteros; y con respecto a estudios universitarios, el 52% de la muestra cursaba alguna carrera de las ciencias biológicas y de la salud, el 44% estudiaba una carrera de las ciencias físico-matemáticas y las ingenierías y el 4% carreras de humanidades y de las artes.

Se encontró que el 84% ($n = 21$) de la muestra total presentaron malestar por pesadillas. Al dividir la muestra total en dos grupos (1) con ideación suicida y 2) sin ideación suicida), se observó que todos de los sujetos con ideación suicida presentaron malestar por pesadillas, mientras que esto sólo ocurrió en 69% de los que no presentaron ideación suicida.

Un análisis de correlación de Spearman mostró una asociación estadísticamente significativa entre el malestar de pesadillas con la presencia de ideación suicida ($r_s = .529$, $p < .01$), no obstante no se encontró una asociación significativa entre la frecuencia de pesadillas y

la ideación suicida. Así mismo una correlación de Pearson entre el malestar de pesadillas y la frecuencia de pesadillas no mostró una asociación significativa (ver tabla 10).

Se realizaron análisis de correlación de Spearman, Pearson y Phi para determinar la asociación entre malestar por pesadillas, la frecuencia de pesadillas, el patrón de sueño habitual subjetivo (latencia a sueño y los siguientes horarios de sueño, tanto entre semana como en fin de semana: hora de ir a la cama, hora para ir a dormir, hora para despertarse, hora de levantarse, tiempo total de sueño) y las quejas de sueño (insomnio, somnolencia, sueño restaurador) entre los participantes. En cuanto a la relación entre el malestar por pesadillas con las quejas de sueño y el patrón de sueño habitual se encontró una relación estadística entre el insomnio y el malestar de pesadillas ($r_s = .544, p < .05$), así como también entre la somnolencia y el malestar por pesadillas ($r_s = .461, p < .05$). Por otra parte, no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de pesadillas, las quejas de sueño, y el patrón de sueño habitual subjetivo (ver tabla 10).

Un análisis de correlación (Pearson, Spearman y Phi según correspondiera), entre el tipo de psicopatología y el número de psicopatologías con el malestar por pesadillas, la frecuencia de pesadillas y la ideación suicida mostró una relación significativa entre el malestar por pesadillas con TAG, fobia social, episodio maníaco pasado y número de psicopatologías. Por otra parte, la frecuencia de pesadillas sólo se relacionó con episodio maníaco pasado (ver tabla 11).

Tabla 10

Correlación entre malestar por pesadillas, frecuencia de pesadillas, ideación suicida, patrón de sueño habitual y quejas de sueño en la muestra total (N=25)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Frecuencia de Pesadillas	-									
2. Malestar por pesadillas	.280 †	-								
3. Ideación suicida	- .039 [◇]	.529^{**◇}	-							
4. Latencia a sueño subjetiva	.305 †	.299†	.307 [◇]	-						
5. Reporte de TTS entre semana	- .074 †	-.329†	- .158 [◇]	-.088†	-					
6. Reporte de TTS en fin de semana	.048 †	.153†	.209 [◇]	-.279†	.120†	-				
7. Sueño restaurador	- .382 [◇]	-.359 [◇]	- .296 [◇]	-.214 [◇]	.445^{*◇}	- .072 [◇]	-			
8. Queja de insomnio	.338 [◇]	.544^{*◇}	.048	.467^{*◇}	-.161 [◇]	- .099 [◇]	- .408[*]	-		
9. Somnolencia	.248 [◇]	.461^{*◇}	.266	.211 [◇]	-.314 [◇]	.227 [◇]	- .508[*]	.296	-	
10. Reporte de parasomnias	.115 [◇]	.464 [◇]	.163	.354 [◇]	- .624^{**◇}	.028 [◇]	-.313	.244	.48 8	-

TTS: Tiempo total de sueño. * p<.05; ** p < .01; †coeficiente de correlación de Pearson, [◇]coeficiente de Spearman y el resto son correlaciones de Phi.

Tabla 11

Correlación entre malestar por pesadillas, frecuencia de pesadillas, ideación suicida y psicopatologías en la muestra total (N = 25)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Ideación suicida	-							
2. Malestar por pesadillas	.529 ^{**◇}	-						
3. Frecuencia de pesadillas	-.039 [◇]	.280 [†]	-					
4. Número de psicopatologías	.606 ^{**◇}	.567^{**} †	.143 [†]	-				
5. TDM actual	.520 ^{**}	.153 [◇]	.232 [◇]	.664 ^{**} ◇	-			
6. Fobia social	.471 [*]	.483^{*◇}	.000 [◇]	.655 ^{**} ◇	.356	-		
7. TAG	.542 ^{**}	.501^{*◇}	.151 [◇]	.649 ^{**} ◇	.300	.527 ^{**}	-	
8. EMP	.236	.584^{**} ◇	.429 ^{*◇}	.436 ^{*◇}	.055	.214	.402 [*]	-

Abreviaturas: TDM: trastorno depresivo mayor; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; EMP: episodio maniaco pasado. Nota: Sólo se muestran las psicopatologías que mostraron al menos una correlación significativa. * $p < .05$; ** $p < .01$; † coeficiente de correlación de Pearson, ◇ coeficientes de Spearman y el resto son correlaciones de Phi.

La muestra total se dividió en dos grupos: (a) control, estudiantes universitarios sin ideación suicida; y (b) casos, estudiantes universitarios con ideación suicida. Se compararon los dos grupos y no se encontraron diferencias significativas en sexo $X^2(1, N=25) = 1.066; p = .302$, edad ($Z = -.834; p = .404$), el IMC ($Z = -1.578; p = .115$) y carreras de estudios $X^2(2, N=25) = 1.746; p = .418$ (Ver tabla 12). Esta ausencia de diferencias nos asegura que hayamos podido

controlar el potencial factor confusor que pudieron haber generado entre ambos grupos estas variables.

Tabla 12

Comparación de las características demográficas, antropométricas y carreras de estudios entre estudiantes universitarios sin y con ideación suicida

Variables	Control (n= 13)	Casos (n=12)	Valor p
Sexo (F/M)	6/7	8/4	.302 [†]
Edad	22.15 ± 1.57	21.92 ± 2.46	.404
IMC	23.65 ± 1.46	22.30 ± 2.72	.115
Carrera de estudios:			
Ciencias biológicas y de la salud	61.5% (8)	41.7%(5)	.418 [†]
Ciencias físico-matemáticas y las ingenierías	38.5%(5)	50% (6)	
Humanidades y las artes	0	8.3%(1)	

F: femenino, M: masculino, IMC: índice de masa corporal.

[†] representa al estadístico de prueba Chi cuadrada (X^2), el resto de estadísticos se calculó con U de Mann-Whitney.

Así mismo una prueba de Chi cuadrada mostró que existen sólo diferencias significativas entre estudiantes universitarios con y sin ideación suicida en los siguientes tipos de psicopatología: TDM actual $X^2 (1, N=25) = 6.771$; $p=.009$, fobia social $X^2 (1, N=25) = 5.540$; $p=.019$ y TAG $X^2 (1, N=25) = 7.354$; $p=.007$, encontrándose mayor proporción de afección en los estudiante con ideación suicida (ver tabla 13).

Tabla 13

Comparación del tipo de psicopatología presentada en estudiantes universitarios sin y con ideación suicida

Psicopatología con MINI	Controles (n=13)	Casos (n=12)	Valor p
TDM actual	0	41.7% (5)	.009
TDM recidivante	0	25% (3)	.055
TDM con síntomas melancólicos	0	25% (3)	.055
Trastorno distímico	15.4% (2)	8.3% (1)	.588
Episodio Hipomaniaco pasado	0	8.3% (1)	.288
Episodio Maníaco pasado	7.7% (1)	25% (3)	.238
Agorafobia actual sin ATA	15.4% (2)	16.7% (2)	.930
Fobia social	7.7% (1)	50% (6)	.019
TOC	7.7% (1)	8.3% (1)	.953
Bulimia nerviosa	0	8.3% (1)	.288
TAG	7.7% (1)	58.3% (7)	.007

TDM: Trastorno depresivo mayor; ATA: Antecedente de trastorno de angustia; TOC: Trastorno obsesivo compulsivo; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada.

Al comparar a los estudiantes universitarios sin y con ideación suicida con la U de Mann-Whitney con respecto al patrón de sueño habitual (latencia a sueño subjetiva y horarios de sueño), las quejas de sueño y el número de psicopatologías, únicamente se encontró que los estudiantes con ideación suicida presentaban mayor número de psicopatologías en comparación a los estudiantes sin ideación suicida ($M = 3.08$ vs $M = 0.69$, $p = .003$, respectivamente), ver tabla 14. Esto nos asegura que las diferencias entre ambos grupos no se deben a efectos del patrón de sueño o quejas de sueño.

Por otro lado, al comprar a los estudiantes con y sin ideación suicida con respecto a la presencia de somnolencia, insomnio subjetivo, parasomnias y sueño restaurador la prueba de Chi cuadrada no encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa, lo cual nos asegura

que las diferencias encontradas entre los grupos no podrían explicarse por diferencias entre estas variables.

Al comparar el malestar por pesadillas entre los estudiantes sin y con ideación suicida a través de la U de Mann-Whitney se encontró que los estudiantes con ideación suicida presentan mayor malestar por pesadillas ($M = 23.08 \pm 5.583$) versus los estudiantes sin ideación suicida ($M = 16.38 \pm 6.449$) de forma estadísticamente significativa ($Z = -2.591, p = .010$), ver tabla 14.

Por otra parte, se comparó la frecuencia de pesadillas entre los estudiantes con y sin ideación mediante la prueba U de Mann-Whitney, la cual no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (ver tabla 14).

Tabla 14

Comparación del malestar de pesadillas, frecuencia de pesadillas, número de psicopatologías y patrón de sueño habitual entre estudiantes universitarios sin y con ideación suicida

Variables	Controles n=13	Casos n=12	Prueba de Mann-Whitney	Valor <i>p</i>
Malestar por pesadillas	16.38 ± 6.44	23.08 ± 5.58	-2.591	.010
Frecuencia de pesadillas por semana	2.59 ± 2.84	2.08 ± 1.70	-.193	.847
Número de psicopatologías	0.69 ± 0.85	3.08 ± 1.97	-2.967	.003
Latencia a sueño subjetiva	20.77 ± 17.05	41.09 ± 48.66	-1.475	.140
Hora ir a la cama ES	23.50 ± 1.20	23.90 ± 1.95	-.059	.953
Hora para dormir ES	24.26 ± 1.24	1.06 ± 1.62	-1.227	.220
Hora de despertar ES	6.93 ± 1.62	6.84 ± 2.29	-.674	.500
Hora de levantarse ES	7.15 ± 1.76	7.22 ± 2.28	-.262	.794
TTS ES	6.34 ± 1.13	5.95 ± 1.57	-.760	.447

Hora ir a la cama FS	24.61 ± 1.44	21.50 ± 7.31	-1.264	.206
Hora para dormir FS	1.26 ± 1.25	23.36 ± 6.91	-.554	.580
Hora de despertar FS	9.65 ± 1.32	9.95 ± 1.91	-.264	.792
Hora de levantarse FS	10.32 ± 1.14	11.01 ± 1.64	-1.170	.242
TTS FS	8.36 ± 0.78	8.90 ± 1.26	-1.004	.316

Los datos representan la media, ± la desviación estándar. TTS: tiempo total de sueño; ES: entre semana; FS: en fin de semana.

Previo a hacer el análisis de regresión logística se realizó la prueba de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow la cual mostró que los datos ajustan bien con el modelo, $X^2(8) = 7.091$, $p = .527$.

Se realizó una regresión logística multivariante para identificar qué factores predicen la ideación suicida entre los estudiantes universitarios considerando como variable dependiente (VD) la ideación suicida y como variables independientes (VI): sexo, frecuencia de pesadillas, malestar por pesadillas, número de psicopatología, tipo de psicopatología (TDM, TAG, fobia social), insomnio, somnolencia, latencia a sueño y TTS. Se corrieron 8 modelos de regresión logística multivariante con el método enter, y el modelo final quedó formado por VD= ideación suicida y VI= insomnio, frecuencia de pesadillas y malestar por pesadillas, Omnibus test, $X^2(3) = 13.837$, $p = .003$.

El modelo predice el 58.6% de la varianza de la variable dependiente con una R^2 Nagelkerke = 0.586, siendo el malestar por pesadillas el único factor que predice de forma significativa la ideación suicida entre estudiantes universitarios ($p = .027$), ver tabla 15.

El modelo mostró que el malestar por pesadillas tiene una razón de momios (odds ratio) de 1.628 con un intervalo de confianza 95% [1.058, 2.505]. Esto sugiere que aquellos estudiantes

que presentan mayor malestar por pesadillas tienen 63% más probabilidad de tener ideación suicida comparado con aquellos que refieren menor malestar por pesadillas (ver tabla 15).

Tabla 15

Regresión logística múltiple

Variables independientes	B	D.E.	Wald	Valor p	Exp (B) (Odds Ratio)	IC 95% para Exp (B)	
						Inferior	Superior
Malestar por pesadillas	.487	.220	4.913	.027	1.628	1.058	2.505
Insomnio	-2.066	1.770	1.362	.243	.127	.004	4.068
Frecuencia de pesadillas	-.446	.342	1.697	.193	.640	.328	1.252
Constante	-8.567	4.003	4.581	.032	.000		

D.E.: Desviación estándar.

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar el malestar por pesadillas entre hombres ($M = 16.55 \pm 3.588$) y mujeres ($M = 22.00 \pm 7.894$) en estudiantes universitarios, la cual mostró que las mujeres presentaron mayor malestar por pesadillas de forma estadísticamente significativa ($Z = -2.415, p = .016$), en comparación con los hombres.

3 Discusión Fase II

3.1 Asociación del malestar por pesadillas con ideación suicida. Los siguientes hallazgos nos indican la importancia clínica que tiene el malestar por pesadillas en su asociación con la ideación suicida:

1) En el grupo de estudiantes con ideación suicida todos los sujetos presentaron malestar por pesadillas, mientras que esto se reducía a 69% en el grupo sin ideación suicida, esto apoya una de las hipótesis principales de este trabajo, que el malestar de pesadillas tiene mayor relevancia en aquellos sujetos con ideación suicida en comparación a los que no lo presentan y

adicionalmente también apoya lo que ya mencionaba Belicki (1992) sobre la mayor relevancia clínica del malestar de pesadillas en comparación a su frecuencia.

2) Hasta donde tenemos conocimiento, este trabajo encuentra lo que parece ser que en la literatura revisada hasta el momento no se ha reportado, que el malestar de pesadillas se asocia con ideación suicida de forma estadísticamente significativa. Si consideramos que un sujeto con ideación suicida presenta algún grado de “alteración de su bienestar”, entonces la asociación que encontramos apoya el hallazgo de Blagrove y cols. (2004) que reportaba que las medidas de bienestar están más fuertemente relacionadas con el malestar por las pesadillas en comparación a la frecuencia de pesadillas.

3.2 Relevancia clínica del malestar por pesadillas. Por otra parte, se fortalece la mayor relevancia clínica que tiene el malestar por pesadillas en comparación a la frecuencia de pesadillas, como ya lo había mencionado Belicki (1992), con los siguientes hallazgos:

1. La frecuencia de pesadillas no se encontró asociada de forma significativa a ideación suicida aun cuando en una amplia cantidad de estudios sí se ha encontrado dicha relación con conductas suicidas (Ağargün et al., 2007; Ağargün, Cilli, Kara, Tarhan, Kincir & Oz, 1998; Bernert, Joiner, Cukrowicz, Schmidt & Krakow, 2005; Curkowicz, Otamendi, Pinto, Bernert, Krakow & Joiner, 2006; Krakow et al., 2011; Liu, 2004; Marinova et al., 2014; Nadorff, Nazem & Fiske, 2011; Sjöström, Hetta & Waern, 2009; Sjöström, Waern & Hetta, 2007; Tanskanen, Tuomilehto, Viinamaki, Vartiainen, Lehtonen & Puska, 2001). Esta ausencia de asociación entre estos dos constructos podría deberse en parte a que en el presente estudio no se usó una muestra clínica de sujetos (todos eran estudiantes, no se encontraban hospitalizados o siendo tratados por alguna psicopatología).

2. Se confirma lo que ya se ha reportado previamente en la literatura sobre la débil correlación ($r = .26$) que existe entre frecuencia de pesadillas y malestar de pesadillas (Belicki, 1992; Miró y Martínez, 2005), lo cual indica que una elevada frecuencia de pesadillas no se traduce necesariamente en un elevado malestar de pesadillas, o viceversa; esto también nos confirma que los cuestionarios aplicados fueron efectivos para discriminar entre estas dos variables. En el presente trabajo no sólo se encuentra nuevamente una correlación débil ($r = .28$), sino que adicionalmente no fue significativa estadísticamente.

3. El grupo con ideación suicida presentara mayor malestar por pesadillas en comparación al grupo sin ideación suicida de forma significativa, lo cual no se cumplía al compararlos con base a la frecuencia de pesadillas, este hallazgo no se había descrito previamente en la literatura.

4. Se fortalece la evidencia de que el malestar por pesadillas se asocia de una manera más importante con psicopatología en comparación a la frecuencia de pesadillas (Levin y Fireman, 2002; Belicki, 1992), así como la evidencia de que la frecuencia de pesadillas no se asocia con ansiedad (Wood y Bootzin, 1990), ya que, por una parte, encontramos asociaciones significativas entre malestar por pesadillas con número de psicopatologías, en particular con TAG, fobia social y episodio maníaco pasado, aunque no así para depresión; mientras que, por otra parte, la frecuencia de pesadillas sólo se relacionaba con episodio maníaco pasado y no con otro diagnóstico de psicopatología evaluado, ni con número de psicopatología.

Es interesante notar que sólo el diagnóstico de episodio maníaco pasado se asoció tanto con frecuencia de pesadillas, como con malestar por pesadillas. Una posible explicación es que durante una pesadilla (la cual ocurre en sueño MOR) hay una síntesis incrementada de catecolaminas, así como una desregulación monoaminérgica, que en sujetos predipuestos podría

ocasionar un episodio maníaco, de hecho ha sido reportado en la literatura que las pesadillas preceden la ocurrencia de un primer episodio maníaco (Ağargün, Kara & Inci, 2003). En los sujetos del presente estudio no es posible saber si presentaron primero las pesadillas o el probable episodio maníaco para aclarar dicha direccionalidad.

3.3 Malestar por pesadillas y alteraciones al dormir. A continuación se discute las asociaciones del malestar por pesadillas con patrones y quejas de sueño:

1. El hallazgo de la asociación entre malestar por pesadillas con somnolencia podría explicarse en parte por la asociación entre malestar por pesadillas con insomnio, ya que uno de los síntomas que pueden mostrar pacientes con insomnio es somnolencia diurna. Por otro lado, es probable que no se haya encontrado una asociación entre latencia a sueño con malestar por pesadillas debido a que los sujetos con mayor malestar por pesadillas no tienen dificultad para iniciar su sueño, pero sí podrían tener dificultad para volver a dormir después de tener una pesadilla a la mitad de la noche (sobre todo en la segunda mitad), por lo que convendría explorar a futuro el tipo de insomnio asociado con malestar por pesadillas; creemos que el insomnio intermedio sería el que se asociaría más fuertemente con malestar por pesadillas en vez del insomnio de inicio.

2. Adicionalmente, el que no se haya encontrado asociación entre el malestar por pesadillas con el tiempo total de sueño subjetivo nos indica que la alteración por las pesadillas es independiente al tiempo total que el individuo reporta estar durmiendo.

3.4 Ideación suicida y alteraciones al dormir. En cuanto a la asociación entre ideación suicida con quejas de sueño, a continuación se discute lo que se encontró:

Contrario a lo esperado, en el presente trabajo no se halló una asociación significativa entre insomnio u otras alteraciones al dormir con ideación suicida, aun cuando clásicamente sí se ha encontrado, sobre todo con insomnio, (Fawcett et al., 1990; Ağargün et al., 1997; Chellapa & Araujo 2007; McCall et al., 2010; Turvey et al., 2002; Fujino et al., 2005). Creemos que esto podría deberse a que la muestra que usamos no se enfocaba en población psiquiátrica, como lo hacían la gran mayoría de los estudios que han estudiado estas asociaciones, la cual tiene muy frecuentemente alteraciones en su patrón de sueño (Krystal, 2012). Esto adicionalmente nos puede indicar que el insomnio, u otra queja de sueño, no está siendo un factor confusor en la asociación de malestar por pesadillas con suicidio.

3.5 Ideación suicida y psicopatología. Como se esperaba por lo descrito en la literatura (OMS, 2000), el grupo con ideación suicida presentó mayor número de psicopatología, en particular TAG, TDM actual y fobia social, en comparación al grupo sin ideación suicida. Estos hallazgos nos indican que se midieron adecuadamente estas variables, aunque, desafortunadamente, podrían estar actuando como variables confusoras en la asociación entre ideación suicida y malestar por pesadillas.

3.6 Diferencia de géneros en pesadillas. Se ha descrito en la literatura que las mujeres presentan mayor ideación suicida (Borges et al., 2010; González-Forteza et al., 1998; González et al., 2000), así como también mayor frecuencia de pesadillas (Schredl & Palmer, 1998; Hublin, Kaprio, Partinen, Koskenvuo, 1999; Schredl, 2003) en comparación a los hombres, lo cual podría explicarse en parte porque las mujeres presentan mayor estrés y depresión que los hombres (Schredl, 2003), pero también podría deberse, hasta cierto grado, al hallazgo del presente estudio, de que las mujeres presentan mayor malestar por pesadillas en comparación a los hombres.

3.7 Punto de corte del malestar por pesadillas. Hay que señalar que aunque el punto de corte de 12 que hallamos para la escala de CMP-Mx es igual al puntaje que había reportado Martínez y cols. (2005) como punto de corte óptimo que delimitaba aquellos sujetos que se acercaban a morbilidad, no se evaluaron el mismo número de reactivos, ya que el autor mencionado usó los 13 reactivos originales de la escala, mientras que nosotros prescindimos de tres de éstos.

4. Conclusiones Fase II

Existe una correlación entre el malestar por pesadillas con: la ideación suicida, insomnio, la somnolencia, número de psicopatologías, así como con ansiedad en estudiantes universitarios; no obstante no se encontró asociado con sueño restaurador, parasomnias, latencia a sueño, los horarios de sueño y depresión en estudiantes universitarios. Adicionalmente se observó que el malestar de pesadillas es un predictor de la ideación suicida cuando se incluía en un modelo de regresión logística.

En cambio, no se encontró una asociación entre la frecuencia por pesadillas con: la ideación suicida, malestar por pesadillas, patrón de sueño habitual, quejas de sueño, número de psicopatologías, así como tampoco con depresión y ansiedad en estudiantes universitarios.

Podemos concluir que el malestar por pesadillas tiene mayor relevancia clínica que la frecuencia de pesadillas, y es un predictor de la ideación suicida en estudiantes universitarios, esto independientemente del sexo, latencia a sueño, tiempo total de sueño, queja de insomnio, somnolencia, número y tipo de psicopatología.

Se observó que los estudiantes universitarios con ideación suicida presentaban: mayor malestar por pesadillas y número de psicopatologías en comparación a los estudiantes sin

ideación suicida; no obstante no presentaron mayor frecuencia de pesadillas, alteración en el patrón de sueño habitual ni mayor cantidad de quejas de sueño.

Adicionalmente, se encontró que las mujeres presentaban mayor malestar de pesadillas que los hombres.

Conclusiones Generales

En la primera fase de esta investigación, se encontró que el Cuestionario de Malestar de Pesadillas-Mx demostró tener buenas propiedades psicométricas para evaluar el constructo de malestar por pesadillas en estudiantes universitarios de México, lo cual nos permitió usarlo en la siguiente fase de esta investigación.

Por otro lado, en la segunda fase se encontró que el malestar por pesadillas se correlacionó de forma significativa con ideación suicida, así como también era un predictor de la ideación suicida, mientras que por otro lado, las correlaciones del malestar por pesadillas con otras quejas o patrones de sueño fueron variables. Con respecto a la frecuencia de pesadillas, ésta no se asoció de forma significativa con ninguna variable estudiada. Adicionalmente se encontró que el grupo con ideación suicida presentó mayor malestar por pesadillas, pero no mayor frecuencia de pesadillas, en comparación a los estudiantes sin ideación suicida. Podemos concluir entonces que el malestar por pesadillas tiene mayor relevancia clínica que la frecuencia de pesadillas en la muestra estudiada.

Limitaciones y Fortalezas Generales del Estudio

1. Limitaciones

Podría haber sesgo de memoria debido a que los cuestionarios aplicados son retrospectivos, lo cual podría hacer que se esté subestimando tanto la frecuencia como el malestar por pesadillas.

En el estudio se realizaron sólo mediciones subjetivas del sueño, además de que no se usaron escalas validadas para identificar algunas variables (insomnio, horarios de sueño a través de diarios de sueño, somnolencia), lo cual podría debilitar los hallazgos encontrados y por lo tanto se deben interpretar con cautela.

Es posible que ciertas psicopatologías actúen como confusores en la relación de malestar por pesadillas con ideación suicida, sobre todo la depresión.

Los diagnósticos de psicopatología no fueron realizados por un experto (médico psiquiatra), sino que se basaron en lo recabado a través de una entrevista clínica realizada por un médico.

Otra limitación es que el tamaño de la muestra estudiada es pequeño ($n=25$) y que no hubo una selección completamente aleatoria de los sujetos (el estudio buscaba sobre todo sujetos con malestar por pesadillas), por lo cual podríamos tener un sesgo muestral. Es probable que la mayoría de los sujetos atraídos a este estudio hayan sido aquellos con mayor malestar por pesadillas, lo cual podría explicar en parte el que la mayoría de los sujetos (84%) presentaran malestar por pesadillas. Se requieren realizar estudios similares con mayores tamaños muestrales y con mayor control en la selección de los sujetos para observar si los presentes resultados se continúan presentando.

Podría ser conveniente en estudios futuros medir aún más variables de interés que podrían ayudar a explicar la relación entre el malestar de pesadillas y la ideación suicida, entre algunos: límites de la personalidad, características de la dinámica familiar (vivir solo, tener padres divorciados), hipersomnias, calidad de sueño subjetiva, eficiencia de sueño, variables polisomnográficas, etc.

2. Fortalezas

Se usó un instrumento adaptado y validado en población de estudiantes universitarios mexicanos para medir el malestar por pesadillas.

En los presentes hallazgos, se pudieron controlar los efectos confusores potenciales de diversas variables: edad, sexo, IMC, carreras de estudios y patrón de sueño habitual.

Se observó que diversos datos que se habían reportado en la literatura también se encontraron en el presente estudio, lo que creemos ayuda a darle mayor validez y fortaleza a lo que hallamos (ausencia de asociación entre malestar por pesadillas con frecuencia de pesadillas, asociación entre malestar por pesadillas con el número de psicopatología, ausencia de asociación entre la frecuencia de pesadillas con el número de psicopatología).

Hasta donde tenemos conocimiento, este es uno de los primeros estudios en estudiar la relación entre el malestar por pesadillas con la ideación suicida.

Referencias

- Ağargün, M., Besiroglu, L., Cilli, A., Gulec, M., Aydin, A., Inci, R., et al. (2007). Nightmares, suicide attempts, and melancholic features in patients with unipolar major depression. *Journal of Affective Disorders, 98* (3), 267–70.
- Ağargün, M. & Cartwright, R., (2003). REM sleep, dream variables and suicidality in depressed patients. *Psychiatry Research, 119* (1-2), 33–9.
- Ağargün, M.Y., Çilli, A.S., Kara, H., Tarhan, N., Kincir, F. & Öz, K. (1998). Repetitive and frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry, 39* (4), 198-202.
- Ağargün, M., Kara, H., Bilici, M., Qilli, A., Telci, M., Semiz, U. & Basoglu, C. (1999). The Van Dream Anxiety Scale: a subjective measure of dream anxiety in nightmare sufferers. *Sleep and Hypnosis, 1* (4), 204-11.
- Ağargün, M.Y., Kara, H. & Inci, R. (2003). Nightmares associated with the onset of mania: three case reports. *Sleep and Hypnosis, 5* (4), 192-6.
- Ağargün, M.Y., Kara, H. & Solmaz, M. (1997). Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 58* (6), 249–51.
- Ağargün, M.Y., Kara, H. & Solmaz, M. (1997). Subjective sleep quality and suicidality in patients with major depression. *Journal of Psychiatric Research, 31* (3), 377-81.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders (3rd Ed)*. Darien, IL: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association. (2010). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Recuperado de:
https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf
- Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (2), 343-52.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. K. (1993). Dysfunctional attitudes and suicidal ideation in psychiatric outpatients. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 23 (1), 11-20.
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (3), 592-7.
- Bernert, R. & Joiner, T. (2007). Sleep disturbances and suicide risk: a review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3 (6), 735-43.
- Bernert, R., Joiner, T., Cukrowicz, K., Schmidt, N. & Krakow, B. (2005). Suicidality and sleep disturbances. *Sleep*, 28 (9), 1135-41.
- Blagrove, M., Farmer, L. & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, 13 (2), 129-36.
- Blasco, H., Alegria, A., Lopez, J., Legido, T., Saiz, J., de Leon, J., et al. (2011). Short self-reported sleep duration and suicidal behavior: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 133 (1-2), 239-46.
- Böckermann, M., Giesemann, A. & Pietrowsky, R. (2014). What does nightmare distress mean? Factorial structure and psychometric properties of the Nightmare Distress Questionnaire (NDQ). *Dreaming*, 24 (4), 279-89.
- Borges, G., Orozco, R. & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 38 (4) 292-04.

- Brown, G. K. (2000). A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. National Institute of Mental Health. Recuperado de:
<http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/BrownReviewAssessmentMeasuresAdultsOlderAdults.pdf>
- Córdova, M., Rosales, M., Caballero, R. & Rosales, J.C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psico-sociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15 (2), 17-21.
- Chellappa, S.L. & Araujo, J.F. 2007. Sleep disorders and suicidal ideation in patients with depressive disorder. *Psychiatry Research*, 153 (2), 131–6.
- Curkovicz, K., Otamendi, A., Pinto, J., Bernert, R., Krakow, B. & Joiner, T. (2006). The impact of insomnia and sleep disturbances on depression and suicidality. *Dreaming*, 16 (1), 1-10.
- Davidson, J.R., Hughes, D., Blazer, D.G. & George, L.K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21 (3), 713–21.
- Domhoff, B. & Kamiya, J. (1964). Problems in dream content study with objective indicators. A comparison of home and laboratory dream reports. *Archives of General Psychiatry*, 11 (5), 519–24.
- Dunn, K. & Barrett, D. (1988). Characteristics of nightmare subjects and their nightmares. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 13 (2), 91–3.
- Elliott, A. & Woodward, W. (2007). *Statistical analysis quick reference guidebook with SPSS examples*. London: Sage Publications.
- Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L., Clark, D.C., Young, M., Hedeker, D. & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147 (9), 1189–94.

- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. & Soto, O. (2000). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, Versión en Español 5.0.0, DSM-IV*.
- Fisher, C., Byrne, J., Edwards, A. & Kahn, E. (1970). A psychophysiological study of nightmares. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 18* (4), 747–82.
- Fujino, Y., Mizoue, T., Tokui, N. & Yoshimura, T. (2005). Prospective cohort study of stress, life satisfaction, self-rated health, insomnia, and suicide death in Japan. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35* (2), 227–37.
- García-Saisó, A., Ortega-Andeane, P. & Reyes-Lagunes, I., (2014). Adaptación y Validación Psicométrica de la Escala de Clima Social Organizacional (WES) de Moos en México. *Acta de Investigación Psicológica, 4* (1), 1370-84.
- Germain, A. & Nielsen, T. A. (2003). Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers. *Biological Psychiatry, 54* (10), 1092–8.
- Goldstein, T., Bridge, J. & Brent, D. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 76* (1), 84-91.
- González, M., Díaz, M., Ortiz, L., González-Forteza, C. & González, N. (2000). Características psicométricas de la escala de ideación suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental, 23* (2), 21-30.
- González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M.E. & Sánchez, M.A. (1998). Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental, 21* (3), 1-9.
- Goodwin, R. & Marusic, A. (2008). Association between short sleep and suicidal ideation and suicide attempt among adults in the general population. *Sleep, 31* (8), 1097-101.

- Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M. & Orozco Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29 (5), 66-74.
- Heinze, G., Sheehan, D. & Cortés, J. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Spanish version (South and Central America) 5.0.0. DSM-IV*. México, DF: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Hendin, H. & Haas, A. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 148 (5), 586–91.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2003). *Metodología de la investigación*. México DF, México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M. & Koskenvuo, M. (1999). Nightmares: familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *American Journal of Medical Genetics*, 88 (4), 329–336.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Estadísticas de suicidios en los Estados Unidos Mexicanos 2011. México: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Prevención del Suicidio un instrumento para médicos generalistas. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado el 01 de febrero del 2016 de www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Keshavan, M., Reynolds, C., Montrose, D., Miewald, J., Downs, C. & Sabo, E. (1994). Sleep and suicidality in psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (2), 122-5.
- Krakow, B., Artar, A., Warner, T., Melendrez, D., Johnston, L., Hollifield, M., et al. (2000). Sleep disorder, depression and suicidality in female sexual assault survivors. *Crisis*, 21 (4), 163-70.

- Krakov, B., Melendrez, D., Johnston, L., Clark, J., Santana, E., Warner, T., et al. (2002). Sleep dynamic therapy for Cerro Grande Fire Evacuees with posttraumatic stress symptoms: a preliminary report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (8), 673-84.
- Krakov, B., Ribero, J., Ulibarri, V., Krakow, J. & Joiner, T. (2011). Sleep disturbances and suicidal ideation in sleep medical center patients, *Journal of Affective Disorders*, 131 (1-3), 422-7.
- Krystal, A. D. (2012). Psychiatric Disorders and Sleep. *Neurologic Clinics*, 30 (4), 1389–1413.
- Lazarevich, I., Delgadillo, J., Rodríguez, J. & Mora, F. (2009). Indicadores psicosociales de riesgo suicida en los estudiantes universitarios. *Psiquis*, 18 (3), 71-9.
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 25(2), 205-212.
- Levin, R. & Nielsen, T. (2007). Disturbed Dreaming, Posttraumatic Stress Disorder, and Affect Distress: A Review and Neurocognitive Model. *Physiological Bulletin*, 133 (3), 482-528.
- Liu, X. (2004). Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep*, 27 (7), 1351–8.
- MacKinnon, D., Krull, J., Lockwood, C. (2000). Equivalence of the Mediation, Confounding and Suppression Effect. *Prevention Science*, 1 (4), 173.
- Marinova, P., Koychev, I., Laleva, L., Kancheva, L., Tsvetkov, M., Bilyukov, R., et al. (2014). Nightmares and Suicide: Predicting Risk in Depression. *Psychiatria Danubina*, 26 (2), 159–64
- Martínez, M., Miró, E. & Arriaza, R. (2005). Evaluation of the distress and Effects Caused by Nightmares: A study of the psychometric properties of the Nightmare Distress Questionnaire and the Nightmare Effects Survey. *Sleep and Hypnosis*, 7 (1), 29-41.

- McCall, V., Blocker, J., D'Agostino Jr, R., Kimball, J., Boggs, N., Lasater, B., et al. (2010). Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. *Sleep Medicine, 11* (9), 822-7.
- Miró, E. & Martínez, M. (2005). Affective and Personality Characteristics in Function of Nightmare Prevalence, Nightmare Distress, and Interference Due to Nightmares. *Dreaming, 15* (2), 89-105.
- Mondragón, L., Saltijeral, T., Bimbela, A. & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol. *Salud Mental, 21* (5), 20-7.
- Montplaisir, J., Zadra, A., Nielsen, T. & Petit, D. (2017). Parasomnias. En: Chokroverty, S. (Ed.). *Sleep disorders medicine: Basic science, technical considerations and clinical aspects* (pp. 1092). New York, EEUU: Springer.
- Nadorff, M., Nazem, S. & Fiske, A. (2011). Insomnia symptoms, nightmares, and suicidal ideation in a college student sample. *Sleep, 34* (1), 93-8.
- Nadorff, M., Nazem, S., Fiske, A. (2013). Insomnia symptoms, nightmares, and suicide risk: Duration of sleep disturbance matters. *Suicide and Life Threatening Behavior, 43* (2), 139-49.
- Nielsen, T., Paquette, T. & Solomonova, E., Lara-Carrasco, J., Colombo, R., & Lanfranchi, P. (2010). Changes in cardiac variability after REM sleep deprivation in recurrent nightmares. *Sleep, 33* (1), 113–22.
- Nielsen, T. & Zadra, A. (2011). Idiopathic Nightmares and Dream Disturbances Associated with Sleep–Wake Transitions. En: Kryger, M., Roth, T. & Dement, W. (Ed.). *Principles and Practice of Sleep Medicine* (pp. 1108-1109). St. Louis Missouri: Elsevier Saunders.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del Suicidio un instrumento para médicos generalistas. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado el 01 de febrero del 2016, de www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado el 10 de noviembre del 2014 de:
apps.who.int/iris/bitstream/10665/.../1/9789241503570_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Prevención del Suicidio un imperativo global, resumen ejecutivo. Recuperado el 01 de noviembre del 2014 de
http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
- Pértega Díaz S. & Pita Fernández S. (2002). Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. *Cuadernos Atención Primaria*, 9, 148-50.
- Rosales, J. C. (2012). *Ideación suicida en jóvenes mexicanos de educación media superior: propuesta de un modelo descriptivo multivariado en hombres y mujeres* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Sabo, E., Reynolds, C., Kupfer, D. & Berman, S. (1991). Sleep, depression, and suicide. *Psychiatry Research*, 36 (3), 265-77.
- Schredl, M. (1999). Dream recall: research, clinical implications and future directions. *Sleep and Hypnosis*, 1 (2), 72-81.
- Schredl, M. (2002). Messung der Traumerinnerung: siebenstufige Skala und Daten gesunder Personen [Measuring Dream Recall: Seven-Point Scale and Data of Healthy Persons]. *Somnologie*, 6 (1), 34-8.
- Schredl, M. (2003). Effects of state and trait factors on nightmare frequency. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253 (5), 241-7.
- Schredl, M. (2013). Nightmare frequency in a representative German sample. *International Journal of Dream Research*, 6 (2), 49-52.

- Schredl, M. & Pallmer, R. (1998). Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 47, 463–76.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-57.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L., et al. (1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12 (5), 232-241.
- Simor, P., Bódizs, R., Horváth, K., & Ferri, R. (2013). Disturbed dreaming and the instability of sleep: Altered nonrapid eye movement sleep microstructure in individuals with frequent nightmares as revealed by the cyclic alternating pattern. *Sleep*, 36 (3), 413–419.
- Simor, P., Horváth, K., Gombos, F., Takács, K. P., & Bódizs, R. (2012). Disturbed dreaming and sleep quality: Altered sleep architecture in subjects with frequent nightmares. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262 (8), 687–696.
- Simor, P., Horváth, K., Ujma, P. P., Gombos, F., & Bódizs, R. (2013). Fluctuations between sleep and wakefulness: Wake-like features indicated by increased EEG alpha power during different sleep stages in nightmare disorder. *Biological Psychology*, 94 (3), 592–600.
- Simor P., Körmendi J., Horvath K., Gombos F., Ujma P. & Bodisz., R. (2014). Electroencephalographic and autonomic alterations in subjects with frequent nightmares during pre-and post-REM periods. *Brain and Cognition*, 91, 62-70.
- Sjöström, N., Hetta, J. & Wærn, M. (2009). Persistent nightmares are associated with repeat suicide attempt: A prospective study. *Psychiatry Research*, 170 (2-3), 208-11.

- Sjöström, N., Waern, M. & Hetta, J. (2007). Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*, 30 (1), 91-5.
- Spoormaker, V., Schredl, M. & van den Bout, J. (2006). Nightmares: From anxiety symptom to sleep disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 10 (1), 19–31.
- Stumbrys, T., Erlacher, D. & Schredl, M. (2013) Reliability and stability of lucid dream and nightmare frequency scales. *International Journal of Dream Research*, 6 (2), 123-6.
- Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamäki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J. & Puska, P. (2001). Nightmares as predictors of suicide. *Sleep*, 24 (7), 844-7.
- Turvey, C., Conwell, Y., Jones, M., Phillips, C., Simonsick, E., Pearson, J., et al. (2002). Risk factors for late-life suicide: a prospective community-based study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (4), 398-406.
- Weisz, R. & Foulkes, D. (1970). Home and laboratory dreams collected under uniform sampling conditions. *Psychophysiology*, 6 (5), 588–96.
- Wojnar, M., Ilgen, M., Wojnar, J., McCammon, R., Valenstein, M. & Brower, K. (2009). Sleep problems and suicidality in the national comorbidity survey replication. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (5), 526-31.
- Wood, J. & Bootzin, R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 64–8
- Zadra, A. & Donderi, D. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (2), 273–81.

Anexos

Anexo 1. Escala de Ideación Suicida de Beck (1979), Adaptada por González y cols. (2000)

Nombre _____ Fecha _____

I. Características de las actitudes hacia la vida/muerte

1. Deseo de vivir.

0. Moderado a fuerte

1. Poco (débil)

2. Ninguno (no tiene)

2. Deseo de morir

0. Ninguno (no tiene)

1. Poco (débil)

2. Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir

0. Vivir supera a morir

1. Equilibrado (es igual)

2. Morir supera a vivir

4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo

0. Ninguno (inexistente)

1. Poco (débil)

2. Moderado a fuerte

5. Deseo pasivo de suicidio

0. Tomaría precauciones para salvar su vida

1. Dejaría la vida/muerte a la suerte

2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

II. Características de los pensamientos/deseos de suicidio

6. Duración

- 0. Breves, periodos pasajeros
- 1. Periodos largos
- 2. Continuos (crónicos), casi continuos

7. Frecuencia

- 0. Rara, ocasionalmente
- 1. Intermitente
- 2. Persistentes y continuos

8. Actitud hacia los pensamientos/deseos

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente; indiferente
- 2. Aceptación

9. Control sobre la acción/deseo de suicidio

- 0. Tiene sentido de control
- 1. Inseguridad de control
- 2. No tiene sentido de control

10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene
- 1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
- 2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen. Indicar qué factores tienen.

11. Razones para pensar/desear el intento suicida

- 0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
- 1. Combinación de 0-2
- 2. Escapar, acabar, salir de problemas

III. Características del intento

12. Método: especificidad/oportunidad de pensar el intento

- 0. Sin considerar
- 1. Considerado, pero sin elaborar detalles
- 2. Detalles elaborados/bien formulados

13. Método: disponibilidad/oportunidad de pensar el intento
 0. Método no disponible, no oportunidad
 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
 2. Método y oportunidad disponible
 - 2a. Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método
 14. Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento
 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
 1. No está seguro de tener valor
 2. Está seguro de tener valor
 15. Expectativa/anticipación de un intento real
 0. No
 1. Sin seguridad, sin claridad
 2. Sí
- IV. Actualización del intento
16. Preparación real
 0. Ninguna
 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
 2. Completa
 17. Nota suicida
 0. Ninguna
 1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar
 2. Escrita. Terminada
 18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)
 0. No
 1. Sólo pensados, arreglos parciales...
 2. Terminados
 19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
 0. Revela las ideas abiertamente

1. Revela las ideas con reservas
 2. Encubre, engaña, miente
20. Intento de suicidio (Anteriores)
0. No
 1. Uno
 2. Más de uno

Anexo 2. Cuestionario de Malestar por Pesadillas (Belicki, 1992), Adaptado y Validado por Rafael Cuéllar Reyes Spíndola (CMP-Mx).

Ocupación/Profesión _____ Carrera _____ Semestre de estudios _____ Edad _____ Estado Civil _____ Lugar de nacimiento _____

Lee las siguientes preguntas y marca sólo una respuesta. Si alguna frase o palabra no te queda clara por favor enciérrala en un círculo y agrega una nota si lo consideras necesario.

Pesadillas: Sueños extremadamente atemorizantes con un componente emotivo fuertemente negativo que resultan en un despertar. El contenido del sueño puede ser recordado al despertar (Spoormaker, Schredl, & van den Bout, 2006)

1.- Cuando te despiertas de una pesadilla, ¿te das cuenta que sigues pensando en ella y te es difícil olvidarla?

0. Nunca 1. En raras ocasiones 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre

2.- Después que te despiertas de una pesadilla, ¿tienes dificultad para volverte a dormir?

0. Nunca 1. En raras ocasiones 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre

3.- ¿Las pesadillas interfieren de algún modo con la calidad de tu sueño?

0. Para nada 1. Ligeramente 2. En cierta manera 3. Definitivamente 4. En gran manera

4.- ¿Tienes dificultad para enfrentar tus pesadillas?

0. Nunca 1. En raras ocasiones 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre

5.- ¿Sientes que tienes problemas con tus pesadillas?

0. Nunca 1. En raras ocasiones 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre

6.- ¿Sientes que las pesadillas afectan tu bienestar?

0. Para nada 1. Ligeramente 2. En cierta manera 3. Definitivamente 4. En gran manera

7.- ¿Has tenido la sensación de que algo que pasó en tu pesadilla ocurrió realmente?

0. Nunca 1. En raras ocasiones 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre

8.- ¿Te ha pasado que tienes una pesadilla que llega a sentirse tan real, que cuando te despiertas tienes dificultad para convencerte de que eso era “sólo un sueño”?

0. Nunca 1. En raras ocasiones 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre

9.- ¿En el año pasado has considerado buscar ayuda profesional debido a tus pesadillas?

0. Nunca 1. En raras ocasiones 2. Algunas veces 3. A menudo 4. Siempre

10.- Si estuviera disponible un programa terapéutico para ayudarte a controlar, o evitar que tengas pesadillas, ¿qué tan interesado estarías en participar?

0. Nada interesado 1. Ligeramente interesado 2. Algo interesado 3. Muy interesado

4. Extremadamente interesado

Anexo 3. Cuestionario de Frecuencia de Pesadillas (Krakow, 2000), Adaptado por Rafael Cuéllar Reyes Spíndola.

Nombre _____ Fecha _____

A.1 Frecuencia de pesadillas y sueños aterradores

Parte I. Frecuencia por número de noches

Con base en los últimos 3 meses, por favor estima en promedio que tan a menudo experimentan pesadillas y sueños perturbadores seleccionando una de las siguientes categorías con base al **número de noches**.

Selecciona solamente una columna de las cuatro enlistadas y después encierra sólo una categoría:

Cero	Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
0 noches	1 noche al año	1 noche por mes	1 noche por semana
	2 por año (1 cada 6 meses)	2 noches por mes	2 noche por semana
	3 por año (1 cada 4 meses)	3 noches por mes	3 noche por semana
	4 por año (1 cada 3 meses)		4 noche por semana
	5 por año		5 noche por semana
	6 por año (1 cada 2 meses)		6 noche por semana
	7 por año		7 noche por semana
	8 por año		
	9 por año		
	10 por año		
	11 por año		

Parte II. Frecuencia por número real de pesadillas y sueños perturbadores.

Con base a los previos 3 meses, por favor estima en promedio que tan a menudo experimentas pesadillas y sueños perturbadores seleccionando una de las siguientes categorías con base al **número real de éstas...**

Selecciona solamente una columna de las cuatro enlistadas y después encierra sólo una categoría:

Cero	Anualmente	Mensualmente	Semanalmente
0 pesadillas	1 pesadilla al año	1 pesadilla por mes	1 pesadillas por semana
	2 por año (1 cada 6 meses)	2 por mes	2 por semana
	3 por año (1 cada 4 meses)	3 por mes	3 por semana
	4 por año (1 cada 3 meses)		4 por semana
	5 por año		5 por semana
	6 por año (1 cada 2 meses)		6 por semana
	7 por año		7 por semana
	8 por año		__ por semana(a)
	9 por año		
	10 por año		
	11 por año		

- (a) Si tu número total de pesadillas y sueños perturbadores es mayor de 7 por semana, por favor estima en promedio el número real para una semana típica y ponlo en el espacio. (Por ejemplo, algunas personas tienen más de una pesadilla o sueño perturbador en una sola noche. Ellos pueden reportar 2 sueños perturbadores por noche para 7 noches en la semana. Su número total de pesadillas por semana sería 2 pesadillas x 7 noches = 14.)

Anexo 4. Carta de Consentimiento Informado

Fecha: México, DF, a _____

Objetivo general de la investigación

Determinar si existe una relación entre el grado de la afección de las pesadillas en la vida cotidiana de una persona con planes o ideas suicidas. Esto se realizará mediante la aplicación de tres cuestionarios.

Beneficios/Riesgos:

El ayudar en esta investigación no implica ningún costo o riesgo para usted. La información personal que nos proporcione no será revelada en ningún caso, ya sea que el estudio se llegue a publicar en alguna revista científica, se presenten resultado en reuniones científicas o estudios futuros lleguen a usar la información obtenida por este estudio.

En caso de una vez analizado los resultados de las escalas se considere que usted pueda verse beneficiado con alguna intervención terapéutica por parte de un especialista en Salud Mental se le será notificado.

Yo _____, una vez informado(a) sobre los procedimientos que se llevarán a cabo con la información recabada otorgo de forma libre mi consentimiento.

Sí ___ No ___

a: _____

para el uso de la información obtenida a través de estos cuestionarios con los objetivos que persigue esta investigación.

Firma del participante

Nombre y firma del investigador