

11241  
29.3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL PSIQUIATRICO

"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN PSIQUIATRIA  
PRESENTA EL MEDICO CIRUJANO

*Javier A. Torres*  
JAVIER ALFARO TORRES

*V.B. V.*  
*Alvarez*

ASESOR : DR. J. MOISES ALVAREZ RUEDA

DICIEMBRE 1985.

FALLA DE ORIGEN

10-185

*adue*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

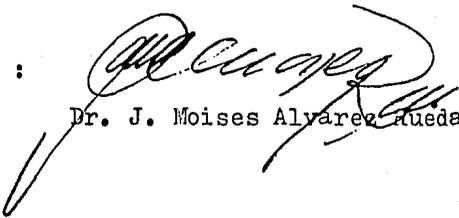
FACULTAD DE MEDICINA.

PROYECTO DE TESINA.

"FRECUENCIA DE LOS TRANSTORNOS DEL SUEÑO Y SU MANEJO  
EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO".

Que presenta el Médico Cirujano Javier Alfaro Torres  
para obtener el postgrado en Psiquiatría.

Asesor :



Dr. J. Moises Alvarez Rueda. MC.

México D. F. Agosto de 1985.

## I N D I C E

	Pag.
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- PROBLEMA, HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	7
III.- MATERIAL Y METODOS.....	8
IV.- RESULTADOS.....	10
V.- CUADROS DE FRECUENCIAS :	
a)- Habitros del sueño.....	13
b)- Trastornos del sueño.....	18
c)- Reactivos al encuestador.....	21
VI.- ANALISIS Y DISCUSION.....	23
VII.- BIBLIOGRAFIA.....	26

---

I.- INTRODUCCION.

Existen diferentes definiciones del sueño, pero todas confluyen en definirlo como un estado de inactividad general, con falta de relaciones efectivas con el mundo externo, ausencia de percepción y pérdida de la mayor -- parte de actividades motoras, excepto las que mantienen los procesos vitales. El sueño es un estado fisiológico que el hombre normalmente experimenta de manera circadiana en su vida adulta y ultradiana en el recién nacido.

El tiempo total de sueño de un hombre corresponde a alrededor de un tercio de su vida, de ahí el interes por adentrarse en el estudio de ese 30 % de nuestras vidas. El desarrollo del estudio del sueño se inicia principalmente con las investigaciones de Von Economo a principios de este siglo, sobre la Encefalitis Letárgica; pero fue más adelante, con los descubrimientos de Berger y el electroencefalograma, donde se observaron cambios de la actividad eléctrica cerebral relacionados con la vigilia y el sueño, lo que dió auge a mayores investigaciones. - Posteriormente los estudios de Bremer y los mecanismos neurales del sueño, postulandose el importante papel que juega el tallo cerebral; los estudios de Magoun y Moruzi que daban origen al sueño en una inhibición del sistema activador reticular ascendente. Posteriores estudios de Hess hasta Dement y Kleitman y Jouvet y cols. demostraron actividad neural durante el sueño, por lo que actualmente se le considera como un estado heterogéneo y activo, con una interacción dinámica de diversas regiones córtico y subcorticales, con influencias neurohormo

nales, etc. Pero aún no esta agotado el estudio de este campo (12,14).

Han surgido varias teorías para explicar la neurofisiología del sueño; resaltando la monoaminérgica con estudios que han despertado gran interés, apoyandola unos y contradiciendola otros, sin llegar a definirse cual de las aminas es más importante. También resalta la de Jouvet que postula a la serotonina como sostén del sueño, - donde también encontramos estudios que le apoyan y otros que la mencionan sin relevancia en el mecanismo del sueño (21). En cuanto a su funcionalidad, existen diversas teorías; desde la que lo postula como una restauración - para devolver al organismo el estado físico y mental previos, combatiendo el cansancio; de igual índole es la -- que postula la existencia de una "hipnotoxina" acumulada durante el día y metabolizada por la noche; también como protector del agotamiento por medio de fenómenos inhibitorios de estructuras corticales; hasta la teoría de la gratificación onírica de Freud (10).

Los estudios sobre el sueño llevaron a detectarlo - como un estado complejo y multivariable; demostrandosele una estructura con varios componentes. Básicamente existen dos tipos de sueño, el no MOR u Ortodoxo y el sueño MOR o paradójico. El hombre al dormir va pasando por diferentes fases, que se han numerado, que corresponden a actividades eléctricas cada vez más lentas, de ahí el -- nombre de sueño lento; este sueño lento es entrecortado por la emergencia de otra fase caracterizada por una rápida actividad cortical y por movimientos oculares (22).

Como se mencionó, el sueño no MOR se compone de diferentes estadios, conocidos como 1, 2 y sueño Delta.

a).- Estadio 1 : Es el estado transicional entre la vigilia y el sueño, identificado en el polisomnograma -- por el bajo voltaje, frecuencia media del EEG de 3 a 7 - ciclos por segundo; duración breve de 0.5 a 7 minutos y baja reactividad a los estímulos.

b).- Estadio 2 : Aparición de husos del sueño con 12 a 14 ciclos y duración aproximada de 30 minutos, y la -- presencia de complejos K. Es el primer estadio del sueño como tal, con actividad mental mínima.

c).- Estadios 3 y 4 o Sueño Delta : Se determina por la presencia en el EEG de hasta un 20% de ondas con frecuencia de 0.5 a 2 ciclos y amplitud de 75 microvoltios.

El sueño MOR alterna con el no MOR en intervalos de 90 minutos aproximadamente; la configuración del EEG recuerda al estadio 1, sólo que aquí se observan ondas agudas; los movimientos oculares que le dan su nombre, sólo son otra de sus características, el tono muscular es muy bajo, se observan muchos temblores, las actividades cardiaca y respiratoria son relativamente altas y muy variables. Más del 80% de los individuos al ser despertados en esta fase MOR refieren ensoñaciones. Existen dos clases de eventos, los tónicos con disminución del tono muscular y disincronización del polisomnograma, y los fásicos con movimientos oculares y temblores musculares (3 y 4).

Estos estudios de la fisiología y el EEG del sueño llevaron al concomitante estudio del estado patológico -

del sueño, y así surgió la investigación de los trastornos del sueño, cuyo desarrollo se ha incrementado en las dos últimas décadas. El descubrimientos de diversos trastornos llevó a la necesidad de efectuar una clasificación de ellos; hasta que recientemente la Asociación de Centros de Trastornos del Sueño (ASDC), creó un subcomite para efectuar tal clasificación (2,13), la cual ha sido aceptada y consta de los siguientes apartados, tal como aparece en la tercer edición del DSM.

- A).- Trastornos del Inicio y Mantenimiento del Sueño (Insomnios).
- B).- Trastornos por Somnolencia Excesiva.
- C).- Trastornos del Ritmo Sueño-Vigilia.
- D).- Disfunciones Asociadas al Sueño, las Fases del Sueño o la Vigilia Parcial (Parasomnias).

El auge sobre los estudios del sueño y sus trastornos llevó a realizar estudios diversos para determinar la prevalencia de tales trastornos en la población general, como los efectuados por Kales y cols. en el área metropolitana de Los Angeles California, EUA (7), donde determinaron porcentajes significantes, como un 42.5% para el insomnio, 11.2% para las pesadillas, 7.1% hipersomnias, etc., o los del Reino Unido de Cleghorn y cols. -- que reportaron una prevalencia de un 15%; por lo que se les ha considerado como una problemática para la salud pública (2).

En el medio psiquiátrico se refiere que los pacientes psiquiátricos presentan un alto porcentaje de trastornos del sueño, mencionandose cifras del 70 a 80%; un estudio realizado por Berlin y cols. para determinar su

prevalencia en los servicios psiquiátricos, encontró cifras similares, de un 80% de trastornos del sueño en la población estudiada, con predominio del insomnio; encontrando como factores favorecedores a los efectos colaterales de los medicamentos, trastornos emocionales, disturbios del medio ambiente y otros factores físicos; llamando la atención que en sólo un 43% de los pacientes detectados, el trastorno se determinó por el equipo médico (19). Además se ha observado una relación entre la gravedad de los síntomas psicopatológicos directamente proporcional al trastorno del sueño. En el esquizofrénico crónico o en remisión son pobres los reportes de trastornos del sueño, a diferencia de los casos agudos en que llegan incluso a presentar insomnio total; en la depresión las alteraciones del ritmo sueño-vigilia son síntomas comúnmente presentes, mencionándose dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos, despertares temprano por la mañana, e incluso hipersomnia, sin mucha variabilidad en cuanto al origen neurótico o psicótico de la depresión, observando si una disminución global del tiempo de sueño. Misma característica presenta el paciente maniaco que duerme poco sin presentar queja por la falta del sueño. El insomnio se ha observado frecuentemente en los pacientes obsesivo-compulsivos y los que presentan ansiedad crónica (21). Un estudio realizado por Reynolds sobre población psiquiátrica encontró trastornos de inicio y mantenimiento del sueño en un 68.1% y un 37.8% de sueño excesivo.

En cuanto al tratamiento de estos trastornos en el ámbito psiquiátrico, se han usado desde benzodiazepinas

para suprimir el estadio de sueño delta, antidepresivos como la imipramina para elevar el umbral del despertar y neurolépticos por sus efectos sedantes; pero no hay nada categórico; los manejos de tipo farmacológico no siguen un esquema determinado sobre qué tipo de fármacos usar, y en qué casos; campo aún sujeto a mayores estudios que amplíen nuestros conocimientos (2, 18).

## II.- PROBLEMA, HIPOTESIS Y OBJETIVOS.

Como se ha referido, existe un alto porcentaje de - trastornos del sueño que se han reportado tanto en la - población general como en la psiquiátrica, que es nues\_ - tro foco de estudio; concomitantemente con un manejo te\_ - rapéutico pobremente organizado. Aquí postulamos que la frecuencia de los trastornos del sueño en la población - de consulta psiquiátrica es similar al porcentaje repor\_ - tado en otros estudios, así como la existencia de una si\_ - milar carencia de un esquema organizado de manejo tera\_ - péutico.

El presente estudio persigue valorar la frecuencia, características y tratamiento de los trastornos del sue\_ - ño en la población de consulta externa de un hospital ps\_ - psiquiátrico para adultos. Se pretende, por lo tanto, -- realizar una valoración de los hábitos de sueño de dicha población, de las frecuencias de los trastornos de sueño y del manejo terapéutico que se les da.

### III.- MATERIAL Y METODOS.

Para efectuar la investigación se encuestaron los - pacientes que acudieron al servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico para Agudos "Fray Bernardino - Alvarez" de la Secretaría de Salud; el cual es un hospi\_ tal de atención de tercer nivel y cuyos requisitos son - que los individuos sean mayores de 18 años y que cursen con un padecimiento de índole mental; la población que - capta corresponde principalmente a la clase media media y media baja, y en menor proporción la media alta.

El estudio se realizó durante el mes de Julio de -- 1985, detectandose una muestra de 90 pacientes.

El instrumento que se utilizó corresponde a un cues\_ tionario desarrollado en el Laboratorio de Sueño del De\_ partamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Méxi\_ co. El cuestionario consta de 52 preguntas al paciente, y formado de un apartado inicial de identificación con - datos sobre la edad, sexo, ocupación, etc.; siguiendo el estudio de los hábitos de sueño como hora de inicio, la\_ tencia y duración del sueño, factores externos relaciona\_ dos como ingesta de alimentos, medicamentos, bebidas etí\_ licas, etc.; reactivos sobre trastornos del sueño como - dificultad para dormir, despertares, somnolencia, etc. y la existencia de tratamientos recibidos en caso de tras\_ torno; y por último se formulan preguntas al médico tra\_ tante, pretendiendo investigar el tratamiento instituido al detectar un trastorno del sueño, el insomnio.

El cuestionario fue autoaplicado, con la mayoría de

reactivos cerrados para el cruce del cuadro que se aproximara a la problemática del paciente, y algunas preguntas para completar según los datos solicitados. Fue aplicado por los médicos adscritos y los residentes de la consulta externa.

Los datos se procesaron en microcomputadora Apple - II plus. estableciéndose los porcentajes de frecuencias; siendo la presentación a nivel descriptivo.

#### IV.- RESULTADOS.

En la muestra estudiada las edades fluctuaron en un rango de 17 a 71 años, siendo la mayor proporción la del grupo de 20 a 29 años, con un porcentaje de 32.22%, seguida por el grupo de 30 a 39 años con un 30%. El sexo correspondió a 46 hombres y 44 mujeres, con porcentajes de 51.11 y 48.89% respectivamente. En el estado civil --preponderaron los solteros con un 47.67%, y curiosamente no se reportaron uniones libres. La escolaridad fue mayormente de nivel primario con un 47.73%, sin reportes de estudios técnicos. La ocupación primordial fue el hogar con un 39.53% seguida de los servicios con 25.58% y ninguna ocupación en un 10.47%. El lugar de residencia fue en su mayoría el medio urbano con 51.16%, suburbano 40.7% y solamente un 8.14% para el medio rural.

En relación a los hábitos de sueño tenemos que el horario para ir a dormir más frecuentemente encontrado fue a las 22 hs con 34.8% y el menor porcentaje fue después de las 24 hs con un 3.37%. Las horas de sueño más comunes fueron de 8 hs. con un 30.6%. La latencia de sueño fue de 10 minutos con 21.18% y de más de 30 minutos con 12.94%. La hora de despertar fue a las 6 AM en un 30%. Actividades previas a ir a dormir fueron, ver televisión en un 65.22%, lectura con un 20.29% y en menores porcentajes tuvimos al ejercicio, actividades manuales y del hogar. Se informó tomar una siesta en un 39.77%, correspondiéndole a esta una duración de más de una hora en un 35.29%. El uso de almohada lo reportó un 92.05%, preponderando los que le consideraban baja. La ingesta --

de algo antes de ir a dormir fue de medicamentos en un 50.7%, leche un 31.8% y café un 10.1%. La ingesta de bebidas etílicas fue reportada en sólo un 9.3%, con mayor frecuencia en periodicidad de cada mes con un 47.6%. Los medicamentos ingeridos no para dormir se reportaron en un 64.5%, siendo los principales neurolépticos con 55.5% antidepresivos 20.3%, y sin especificar un 11.1%; recetados por un médico en un 86.15%.

En cuanto a los reactivos de información acerca de perturbaciones en el sueño, los resultados fueron:

La dificultad para dormir se informó en un 53.4%, con duración de meses y años en un 33.9% y de días 24.5%. Un sueño reparador fue reportado en un 75%; comparando el sueño actual con el habitual, se informó como bueno en un 47.6% y malo en un 10.7%. El reporte de despertares nocturnos fue en un 70.11%, con promedio de una ocasión para el 37.5% y 31.25% para dos; las causas del despertar más comunes fueron ruidos con 30.3%, sin motivo aparente un 21.21%; la dificultad para volver a dormir se reportó en el 56.5%, y la imposibilidad en el 25.6%. Los movimientos de piernas se informaron por el 24.4%; los movimientos bruscos del cuerpo en 23.2%. El despertar antes de la hora habitual fue reportado en un 45.78%, con más de 30 minutos en el 56.4%. Cambios en el carácter en un 67.9%; tristeza en el 67.4% de más de seis meses de evolución en el 50.9%; el enojo se reportó en un 63.2%. La somnolencia diurna en un 62.07%. F

En caso de dificultad para dormir se reportaron 11 casos de supresión previa de medicamentos, y 10 de bebidas etílicas; en las actividades fuera de lo común se --

mencionaron trabajo o estudio excesivos en 10 casos, ejercicio en 8 y situaciones alarmantes en 7 casos.

La búsqueda de ayuda médica en caso de dificultad para dormir se informó en el 53.6%; y el tratamiento instituido fue de ansiolíticos en un 33.3%, neurolépticos en 11.1% y sin especificar el tipo de medicamento el 40% y al tiempo de tratamiento correspondió en mayor porcentaje a años para un 45.7% y 43.2% de meses.

Dentro de los reactivos al encuestador es pertinente señalar que solamente alrededor de un 60% respondió las preguntas; de ellos tenemos que la pregunta que solicitaba información respecto al motivo de consulta se contestó con control psiquiátrico en un 25.56%, 10% para control de farmacodependencia, con sintomatología psicótica un 7.78%, depresiva un 8.89% y porcentajes inferiores para el control de epilepsia, trastornos sexuales, insomnio y angustia. De la sospecha de insomnio se reportaron 50 casos contra 6 en que no hubo tal, entre las causales -- de la sospecha tenemos la mención del propio paciente en un 70%, trastornos psiquiátricos en 10%, depresión y ansiedad 6% respectivamente. En los tratamientos instituidos en caso de insomnio, que fue el último reactivo al encuestador, el reporte fue de un 16.67% a base de neurolépticos, 12.22% con ansiolíticos, 11.1% combinación de ansiolíticos y antidepresivos, 2.22% con antiepilépticos y sólo un 1.11% para psicoterapia combinada con fármacos y nulo porcentaje le correspondió a la psicoterapia sola.

Es importante mencionar que tuvimos un alto porcentaje de reactivos nulos, por lo que las cifras mencionadas fueron con porcentajes parciales.

## V.- CUADROS DE FRECUENCIAS.

## HABITOS DEL SUEÑO :

<u>EDADES EN AÑOS</u>		
	No	%
¡ de 20	4	4.44
20 a 29	29	32.22
30 a 39	27	30
40 a 49	18	20
50 a 59	8	8.89
60 a 69	3	3.33
¡ de 70	1	1.11

<u>S E X O</u>		
	No	%
Masculino	46	51.11
Femenino	44	48.89

<u>ESTADO CIVIL</u>			
	No	% tot.	% parcial
Soltero	41	45.5	47.6
Casado	36	40	41.8
Viudo	4	4.4	4.6
Divorciado	2	2.2	2.3
Unión libre	0	0	0
Separado	3	3.3	3.4

ESCOLARIDAD

	No	% tot.	% parcial
Ninguna	6	6.6	6.8
Primaria	42	46.6	47.7
Secundaria	17	18.8	19.3
Bachillerato	6	6.6	6.8
Profesional	13	14.4	14.7
Técnico	0	0	0
Comercial	4	4.4	4.5

OCUPACION

	No	% tot.	% parcial
Hogar	34	37.7	39.5
Servicios	22	24.4	25.5
Estudiante	8	8.8	9.3
Profesionista	5	5.5	5.8
Comerciante	2	2.2	2.3
Campeño	6	6.6	6.9
Ninguna	9	10	10.4

LUGAR DE RESIDENCIA

	No	% tot.	% parcial
Rural	7	7.7	8.1
Suburbana	35	38.8	40.7
Urbana	44	48.8	51.1

HORARIO DE IR A DORMIR

	No	% tot.	% parcial
Antes de las 8 hs. PM	0	0	0
A las 8 hs.	6	6.6	6.7
A las 9 hs.	23	25.5	25.8
A las 10 hs.	31	34.4	34.8
A las 11 hs.	18	20	20.2
A las 12 hs.	8	8.8	8.9
Después de las 12 hs.	3	3.3	3.3

LATENCIA DEL SUEÑO

	No	% tot.	% parcial
; de 10 min.	17	18.8	20
10 min.	18	20	21.1
15 min.	15	16.6	17.6
20 min.	8	8.8	9.4
25 min.	3	3.3	3.5
30 min.	13	14.4	15.2
; de 30 min.	11	12.2	12.9

HORAS DE SUEÑO

	No	% tot.	% parcial
; de 5 hs.	6	6.6	6.8
5 hs.	2	2.2	2.2
6 hs.	6	6.6	6.8
7 hs.	8	8.8	9
8 hs.	27	30	30.6
9 hs.	14	15.5	15.9
10 hs.	16	17.7	18.1
; de 10 hs.	9	10	10.2

HORA DEL DESPERTAR

	No	% tot.	% parcial
Antes de las 4 hs.	6	6.6	6.6
A las 5 hs.	10	11.1	11.1
A las 6 hs.	27	30	30
A las 7 hs.	16	17.7	17.7
A las 8 hs.	8	8.8	8.8
A las 9 hs.	13	14.4	14.4
A las 10 hs.	6	6.6	6.6
Después 10 hs.	4	4.4	4.4

ACTIVIDAD ANTES DE DORMIR

	No	% tot.	% parcial
Si	74	82.2	83.1
No	15	16.6	16.8
Ver TV	45	50	65.2
Leer	14	15.5	20.2
Ejercicio	3	3.3	4.3
Del hogar	2	2.2	2.9
Manuales	1	1.1	1.4
Otras	4	4.4	5.8

DORMIR SIESTA

	No	% tot.	% parcial
Si	35	38.8	39.7
No	53	58.8	60.2

TIEMPO DE LA SIESTA

	No	% tot.	% parcial
¡ de 15 min.	2	2.2	5.8
15 min.	7	7.7	20.5
30 min.	5	5.5	14.1
45 min.	4	4.4	11.7
60 min.	4	4.4	11.7
¡ de 60 min.	12	13.3	35.2

TOMAR ALGO AL IR A DORMIR

	No	% tot.	% parcial
Café	7	7.7	10.1
Leche	22	24.4	31.8
Medicamentos	35	38.8	50.7
Alcohol	1	1.1	1.4
Otros	4	4.4	5.8

MEDICAMENTOS QUE NO SEAN PARA DORMIR

	No	% tot.	% parcial
Si	51	56.6	64.5
No	28	31.1	35.4
Neuroléptico	30	33.3	55.5
Antidepresivo	11	12.2	20.3
Anticomicial	4	4.4	7.4
Vitamínicos	1	1.1	1.8
Sin especificar	6	6.6	11.1

## TRASTORNOS DEL SUEÑO :

DIFICULTAD PARA DORMIR

	No	% tot.	% parcial
Si	46	51.1	53.4
No	40	44.4	46.5

SUEÑO REPARADOR

	No	% tot.	% parcial
Si	66	73.3	75
No	22	24.4	25

DESPERTAR EN LAS NOCHES

	No	% tot.	% parcial
Si	61	67.7	70.1
No	26	28.8	29.8

CUANTAS VECES DESPIERTA

	No	% tot.	% parcial
Una	24	26.6	37.5
Dos	20	22.2	31.2
Tres	14	15.5	21.8
Cuatro	3	3.3	4.6
Cinco	1	1.1	1.5
Seis	1	1.1	1.5
¡ de seis	1	1.1	1.5

CAUSA DEL DESPERTAR

	No	% tot.	% parcial
Sin motivo	14	15.5	21.2
Ruidos	20	22.2	30.3
Preocupaciones	11	12.2	16.6
Nicturia	11	12.2	16.6
Pesadillas	7	7.7	10.6
Cefalea	2	2.2	3

DESPERTAR ANTES DE LA HORA HABITUAL

	No	% tot.	% parcial
Si	38	42.2	45.7
No	45	50	54.2

CAMBIOS EN EL CARACTER

	No	% tot.	% parcial
Si	55	61.1	67.9
No	26	28.8	32.1

SENTIR TRISTEZA

	No	% tot.	% parcial
Si	58	64.4	67.4
No	28	31.1	32.5

ENOJO FACIL

	No	% tot.	% parcial
Si	55	61.1	63.2
No	32	35.5	36.7

SOMNOLENCIA DIURNA

	No	% tot.	% parcial
Si	54	60	62
No	33	36.6	37.9

MOVIMIENTOS DE PIERNAS AL DORMIR

	No	% tot.	% parcial
Si	21	23.3	24.4
No	65	72.2	75.5

DESPERTAR POR MOVIMIENTOS BRUSCOS DEL CUERPO

	No	% tot.	% parcial
Si	20	22.2	23.2
No	66	73.3	76.7

SUPRESION PREVIA A LA DIFICULTAD PARA DORMIR

	No	% tot.	% parcial
Medicamento	11	12.2	52.3
Bebidas alcoholicas	10	11.1	47.6

ACTIVIDADES FUERA DE LO COMUN

	No	% tot.	% parcial
Ejercicio	8	8.8	29.6
Trabajo o estudio excesivo	10	11.1	37
Alarmas	7	7.7	25.9
Otros	2	2.2	7.4

TRATAMIENTO YA INSTITUIDO

	No	% tot.	% parcial
Ansiolítico	15	16.6	33.3
Antidepresivo	1	1.1	2.2
Neuroléptico	5	5.5	11.1
Combinaciones NL y AD	3	3.3	6.6
Sin especificar	18	20	40
Ninguno	3	3.3	6.6

## REACTIVOS AL ENCUESTADOR :

MOTIVO - DE CONSULTA

	No	% tot.	% par.
Síntomas psicóticos	7	7.7	12.5
Síntomas depresivos	8	8.8	14.2
Trastornos sexuales	1	1.1	1.7
Control de epilepsia	3	3.3	5.3
Control psiquiátrico	23	25.5	41
Control de farmacodependencia	9	10	16
Insomnio	2	2.2	3.5
Angustia	3	3.3	5.3

SOSPECHA DE INSOMNIO

	No	% tot.	% parcial
Si	50	55.5	89.2
No	6	6.6	10.7

ORIGEN DEL INSOMNIO

	No	% tot.	% parcial
Mención del paciente	35	38.8	70
Depresión	3	3.3	6
Angustia	3	3.3	6
Trastorno psicótico	5	5.5	10
Otros padecimientos	4	4.4	8

QUE TRATAMIENTO DARIA EN CASO DE INSOMNIO

	No	% tot.	% parcial
Ansiolítico	11	12.2	28.2
Antidepresivo y ansiolítico	10	11.1	25.6
Anticomicial	2	2.2	5.1
Neuroléptico	15	16.6	38.4
Psicoterapia y fármacos	1	1.1	2.5
Psicoterapia	0	0	0

## VI.- ANALISIS Y DISCUSION.

Dentro de nuestra investigación encontramos que la población estudiada presenta las siguientes características: una pequeña mayoría de hombres sobre mujeres (46 -- por 44); con un mayor porcentaje de adultos jóvenes entre las edades de 20 a 40 años (62.22%). En cuanto al estado civil el mayor porcentaje fue de solteros con un 47.67%, relacionado quizá con la índole mental del padecimiento, lo cual sería una limitante para formar una pareja. La escolaridad fue de primaria en un alto porcentaje de --- 47.7%, lo que va acorde con el nivel económico de la población atendida en el hospital. La ocupación preponderante fue el hogar con un 39.5% y esto debido a que muchos de nuestros pacientes es difícil que realicen alguna labor fuera del hogar y que, aún siendo hombres, realicen actividades del hogar. El lugar de residencia fue el urbano y suburbano, con mínimo porcentaje de rural, - debido esto a la dificultad para el desplazamiento.

En relación a los hábitos de sueño, los resultados fueron similares a los encontrados en otro estudio de población médica general (23); variando solamente el hábito de tomar una siesta, ya que en nuestra muestra sólo - un 39.7% lo reportó, si bien la duración de esta fue mayor a una hora, muy probablemente en relación a las actividades de nuestros pacientes que generalmente son en el hogar o nulas. Y en cuanto a la ingesta previa al ir a - dormir, el mayor porcentaje fue de medicamentos, ya que - los pacientes psiquiátricos en su mayoría llevan un control medicamentoso, preponderando por lo tanto el uso de

neurolépticos en ese 55.5%.

Los trastornos del sueño encontrados son similares al estudio realizado en la población médica general; con dificultad en el dormir en un 53.4%, porcentaje similar al reportado de 42.9% del estudio referido; difiriendo -- el porcentaje de los que acuden a buscar ayuda médica de un 18.2% a un 53.6% en nuestro estudio, esto muy en relación con que nuestros pacientes acuden con regularidad a su control, por lo que también los tratamientos instituidos correspondieron a diferentes cifras, llamando la atención el menor uso de benzodiazepínicos de 60.2% contra 33.3% de nuestra muestra; lo que va acorde con el abuso en la prescripción de ellos por ramas médicas no -- psiquiátricas (23).

En cuanto a los reactivos al médico encuestador, para nuestra sorpresa solamente un 62.2% respondieron las preguntas; con menor porcentaje de 53.3% a la relacionada con el tratamiento a instituir. De las respuestas obtenidas tenemos, como era de esperar, un alto porcentaje de control psiquiátrico como motivo de la consulta 41.07 con sospecha de insomnio en un 89.29%, acorde con las cifras referidas en la introducción, y también con el estudio de Berlin y cols. (19) que reporta poca detección -- por el médico, ya que aquí fue el mismo paciente quien lo refirió en un 70%.

El tratamiento también va acorde con lo referido en otros estudios, sin existir un esquema fijo, y preponderando los neurolépticos con un 38.4%, con cifras cercanas de los ansiolíticos con 28.2% y de combinaciones de ansiolíticos y antidepresivos con 25.6%. Debido muy pro\_

bablemente a la índole de nuestros pacientes, en su mayoría de tipo orgánico, es el hallazgo de nulo manejo psicoterapéutico solo, y combinado con fármacos en sólo un 2.5 de porcentaje.

De lo anteriormente expuesto se desprende que nuestra postulación inicial de una similitud entre las frecuencias de trastornos del sueño en la población general y psiquiátrica existe, y de la carencia de un esquema apropiado de tratamiento. Si bien nuestro estudio es puramente descriptivo, por las limitantes de los resultados obtenidos, con el alto porcentaje de respuestas nulas; - sería ideal que en un futuro se aplicara tal estudio en forma masiva y poder así llegar a cifras más estadísticamente significativas. Considerando que la herramienta de trabajo es útil para el fin que pretende, la detección de trastornos del sueño en la población médica.

## VII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Kales, A. y Kales, J.-"Evaluation, Diagnosis and --- Treatment of Clinical Conditions Related to Sleep".- - JAMA, vol. 213.- 1970, pp. 2229-2235.
- 2.- Cleghorn, J.M. y cols.-"Insomnia: I.- Clasificación, Assessment and Pharmaceutical Treatment".- Can. J. of Psychiatry, vol. 28.- Agosto de 1983; pp. 339-345.
- 3.- Hauri, P.-"The Sleep Disorders".- en Current Concept de los Lab. UPJOHN S.A.- 1977; pp. 63 y sigs.
- 4.- Alvarez Rueda, J.M. y otros.-"Características Poli\_somnográficas y Subjetivas del Sueño en Sujetos Jove\_nes normales durante cuatro noches consecutivas".- Sa\_lud Mental, vol. 6 (2).- México 1983; pp. 63-73.
- 5.- Broughton, R.J.-"Sleep Disorders: Disorders of Auro\_sal?".- Science, vol. 159.- 1968; pp. 1070-1078.
- 6.- Kales, A. y otros.-"Somnambulism and Nigth Terrors, Clinical Characteristics and Personality Patterns".- -- Arch. Gen. Psychiatry, vol. 37.- 1980; pp. 1406-1417.
- 7.- Kales, A. y otros.-"Insomnia and other Sleep Disor\_ ders".- Medical Clinics of North América.- vol. 66 (5) Septiembre de 1982; pp. 971-991.
- 8.- Gillin, Ch. y otros.-"Age related changes in Sleep - in Depressed and Normal Subjects".- Psychiatry Research vol. 4.- 1981; pp. 73-78.
- 9.- Piccione, M.A. y otros.-"Personality differences be\_ tween Insomniac and Non-insomniac psychiatry outpatien\_ts".- J. Clin. Psychiatry; vol.42 (7).- Julio de 1981; pp. 261-263.

- 10.- Brailowsky, S.-"Teorías sobre las funciones del sueño".- *Psiquiatría*, vol. 10 (3).- Septiembre-Diciembre de 1980; pp. 119-127.
- 11.- Mikkelsen, E.J. y otros.-"Childhood enuresis".- --- *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 37.- Octubre de 1980; pp. 1139-1152.
- 12.- Calvo y Otalora, J.M.-"Investigaciones sobre el Sueño".- *Salud Mental*, vol. 6 (3).- México 1983; pp. 75-80.
- 13.- Reynolds, Ch. y otros.-"Diagnostic Classification - of Sleep Disorders: Implications for psychiatric practice".- *J. Clin. Psychiatry*, vol. 42 (8).- Agosto de 1981; pp. 296-299.
- 14.- Fisher, Ch. y Dement, W.C.-"Studies on the psychopathology of sleep and dreams".- *Psychopathology of Sleep and Dreams*.- Junio de 1963; pp. 1160-1168.
- 15.- Kales, A. y otros.-"Nightmares: Clinical characteristics and personality patterns".- *Am. J. of Psychiatry*, vol. 137 (10).- Octubre de 1980; pp. 1197-1201.
- 16.- Kales, A. y otros.-"Hereditary factors in sleepwalking and night terrors".- *Brit. J. Psychiatry*, vol. - 137.- 1980; pp. 111-118.
- 17.- Abrams, R. y Taylor, M.A.-"Psychopathology and the - electroencephalogram".- *Biological Psychiatry*, vol. 15 (6).- 1980; pp. 871-878.
- 18.- Alvarez Rueda, J.M.-"Tratamiento farmacológico de - los desordenes de la iniciación y el mantenimiento -- del sueño (Insomnios)".- *Salud Mental*, vol. 5 (1).- - México 1982; pp. 40-52.

- 19.- Berlin, R.M. y otros.- "Sleep Disorders on a Psychiatric Consultation Service".- Am. J. Psychiatry, vol. 141 (4).- Abril de 1984; pp. 582-584.
- 20.- Cavazos, N.- "Manual de Estadísticas aplicadas para estudiantes de la especialización en Psiquiatría".- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental; Facultad de Medicina, UNAM; México 1983.
- 21.- Kales, A.; y otros.- "Sueño y Ensueños".- En Comprehensive Textbook of Psychiatry de Freedman, A.M., Kaplan H.I. y Sadock, B.J.- Salvat Editores S.A.- Barcelona, Esp.; 1982; pp. 129-145.
- 22.- Jouvét, M.- "El comportamiento onírico".- En El Cerebro.- Scientific American.- Barcelona, Esp. 1980; pp. 206-219.
- 23.- García S., J.- "Estudio de los hábitos de sueño y de la frecuencia de insomnio en un Hospital General".- Tesina recepcional.- México 1985.
- 24.- Jouvét, M.- "Neurophysiology of the state of sleep".- Physiology Rev., vol. 47 (2).- 1967; pp. 117-177.
- 25.- A.P.A. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes mentales".- Ed. Masson.- Barcelona, Esp., --- 1983; pp. 379.