

Trastornos afectivos y quejas subjetivas de insomnio

C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA*, M. HENRY BENÍTEZ, J. L. GONZÁLEZ DE RIVERA

*Profesor Asociado. **Catedrático. Universidad de la Laguna. Hospital Universitario de Canarias

RESUMEN

Los trastornos del sueño son extraordinariamente frecuentes en los trastornos afectivos y, aunque en general se han considerado secundarios al trastorno afectivo en sí, cabe preguntarse si en ocasiones se trata de un substrato común que produce ambos o incluso si es el trastorno del sueño el que produce la psicopatología afectiva. En el presente trabajo estudiamos el insomnio como queja subjetiva en una muestra constituida por 128 pacientes psiquiátricos ambulatorios consecutivos con diagnósticos incluidos en las categorías F3 (trastornos de humor; n = 58; edad media = 39,77 [± 13,281] y F4 (trastornos neuróticos; n = 70; edad media = 32,37 [± 12,541] del CIE-10 mediante el análisis de los ítems 44 (dificultad para conciliar el sueño), 64 (despertares de madrugada) y 66 (sueño inquieto o perturbado) del inventario autoadministrado SCL-90-R. Los pacientes pertenecientes a la categoría diagnóstica F3 obtienen valores significativamente mayores ($p < 0,05$), en los tres ítems, que los correspondientes a pacientes incluidos en la categoría diagnóstica F4, y esto ocurre fundamentalmente a expensas de las mujeres de ambas categorías diagnósticas. Ninguno de los ítems experimentó correlaciones significativas con la edad en las categorías de la muestra, hecho éste, que contrasta con los resultados correspondientes a lo que ocurre en la población general del mismo medio.

PALABRAS CLAVE: Insomnio. Trastornos afectivos. SCL-90-R. CIE-i0.

El insomnio acompaña con frecuencia a los trastornos psiquiátricos. La raíz de muchos insomnios está en problemas emocionales y psiquiátricos, sin embargo, es difícil el cuantificar hasta qué punto, principalmente, porque la psicopatología y el sueño ligero se potencian mu-

SUMMARY

Sleep Disorders are particularly frequent in affective disorders. Although they have been considered as secondary to the existing affective disorder, we can think whether there is a common basis that generates both phenomena. Moreover, it could be thought that sleep disorders could induced the very affective disorder. In this study, insomnia subjective complaints in a sample of 128 psychiatric consecutive outpatients with F3 category diagnosis (n = 58; mean age = 39,77 [± 13,28]) and F4 category diagnosis (n = 70; mean age = 32.54 [± 12,54]) are considered. Items 44, 64 and 66 of Derogatis SCL-90-R Self-report questionnaire, that have to do with insomnia complaints, are analysed. F3 diagnostic category patients manifest significant higher values ($p < 0,05$) than the patients from the F4 category diagnosis in each of the three items considered. Mainly women are responsible of the higher scores observed in F3 diagnostic category patients. No significant correlations with age was observed in any of the items studied. This fact strongly contrasts with the results registered by general population in our context.

KEY WORDS: Insomnia, Affective Disorder, SCL-90-R, ICD-10.

tuamente. Después de varias noches sin dormir, todo se ve peor, con menos salidas y más amenazador, y cuando todo se ve negro, el sueño se hace cada vez más difícil (Hauri, 1983). Diversos estudios realizados con insomnes crónicos han demostrado la existencia de un fuerte

vínculo etiológico entre los factores psiquiátricos y el insomnio. Estos pacientes no sólo se enfrentan al estrés de forma poco eficaz sino que, además, tienen un alto grado de psicopatología, patrones de personalidad homogéneos y, casi siempre, uno o más diagnósticos psiquiátricos (Kales y Kales, 1991).

El insomnio como efecto secundario de trastornos afectivos es muy frecuente, pudiendo incluso ser el único síntoma manifiesto de los mismos (Ayuso y Saiz Ruiz, 1988). Entre los trastornos afectivos que se asocian con insomnio se incluyen tanto los trastornos depresivos como los ansiosos.

La alteración del sueño más común en los estados depresivos es el insomnio bajo cualquiera de sus modalidades: dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), despertar tras unas pocas horas (insomnio medio) y despertar prematuramente (insomnio tardío), siendo esta última variedad la más frecuente. No sólo está alterada la duración del sueño, sino también su calidad. Los estudios electroneurofisiológicos muestran una marcada reducción del estadio IV y del sueño REM, siendo el hallazgo más significativo el acortamiento del período de latencia REM (Ayuso y Saiz Ruiz, 1990). Los trastornos depresivos son normalmente autolimitados y de duración relativamente corta, por lo que los trastornos del sueño pueden ser transitorios. Sin embargo, en algunas depresiones con un curso más prolongado, se pueden observar trastornos crónicos del sueño (Nicholson y Marks, 1988).

Los pacientes con ansiedad generalizada, fobias, crisis de angustia, hipocondria y trastorno obsesivo-compulsivo, suelen sufrir ansiedad durante el día. Por la noche sus temores y preocupaciones trastornan el sueño, despertándose muchas veces con pesadillas o sentimientos de conflicto y culpabilidad. La ansiedad crónica o situacional también es una frecuente causa de insomnio en muchas ocasiones de difícil solución. El estrés procede de dificultades en el ambiente laboral, doméstico o familiar. Los sociólogos proponen soluciones para estos problemas, pero en la práctica éstas son de difícil aplicación. Debido a esto muchos casos de in-

somnio transitorio que derivan de una ansiedad situacional siguen un curso intermitente (Florez Lozano, 1989). El insomnio recidiva a intervalos regulares cuando aumenta el nivel de estrés, y la única esperanza de poder mantener una vida en sociedad obliga al paciente al empleo intermitente pero prolongado de sedantes con el consiguiente riesgo de dependencia de los mismos. El insomnio crónico con frecuencia es consecuencia de la acción de factores estresantes sobre individuos vulnerables a causa de problemas emocionales previos o con unos mecanismos inadecuados de adaptación o internalización de las emociones (Kales, 1989).

El objetivo del presente trabajo es valorar la presencia e intensidad de las quejas de insomnio, en sus tres variedades, referidas por una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios con diagnósticos incluidos en las categorías F3 (trastornos del estado de ánimo, del humor) y F4 (trastornos neuróticos, debidos a estreses y de somatización) del borrador del quinto capítulo de la décima edición de la Clasificación Internacional de la Enfermedad (CIE10) (OMS, 1989), y su comparación con las correspondientes a la población general procedentes de un estudio previo (De las Cuevas et al., 1991).

MATERIAL Y METODO

INSTRUMENTO DE MEDIDA

El instrumento seleccionado para la valoración de las quejas subjetivas de insomnio de los pacientes psiquiátricos ambulatorios de la muestra fue el SLC-90-R (Derogatis, 1983), en su versión adaptada al castellano por González de Rivera et al., 1989. Este instrumento es un inventario autoadministrado compuesto por 90 ítems que constituyen 9 dimensiones sintomáticas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad generalizada, ansiedad fóbica, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo) y una escala adicional en la que, entre otros, figuran 3 ítems relacionados con el sueño (44 = dificultad para conciliar el sueño, 64 = despertarse de madrugada

y 66 = sueño inquieto o perturbado) que serán precisamente el objeto de nuestro estudio. Estos items relacionados con el sueño al poseer un peso considerable en diferentes dimensiones sintomáticas no son incluidos en ninguna de ellas, pero figuran en el inventario debido a su relevancia clínica. Cada item del inventario se valora en una escala de tipo Likert o categorizada de 5 puntos que va desde 0 (nada en absoluto) hasta 4 (de forma extrema) expresando hasta que punto el encuestado se ha sentido molesto en las últimas semanas por el item en cuestión. El SCL-90R también suministra tres índices globales: PST o total de Síntomas Positivos, GSI o Índice Global de Gravedad y PSDI o Índice del Distrés de Síntomas Positivos. Estos índices globales informan tanto sobre la amplitud sintomática del distrés del encuestado (PST), como sobre el estilo característico del individuo para experimentar el distrés (GSI y PSDI). Este instrumento ha sido utilizado en diferentes estudios en nuestro medio que incluyen la detección de morbilidad psiquiátrica menor en la población general (González de Rivera et al., 1989), el análisis de los perfiles sintomáticos de distintos cuadros clínicos psiquiátricos (De las Cuevas et al., 1991a) y el estudio de las quejas subjetivas de insomnio en la población general (De las Cuevas et al., 1991b). Asimismo se ha procedido al análisis factorial del SCL-90R en la población general (De las Cuevas et al., 1991c).

MUESTRA

La muestra del estudio estuvo constituida por 128 pacientes psiquiátricos ambulatorios consecutivos atendidos por primera vez durante el año 1990 en la Policlínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias. Los pacientes recibieron diagnósticos incluidos en las categorías F3 (trastornos del humor; n = 58 [15 varones y 43 mujeres], edad media = $39,77 \pm 13,28$) y F4 (trastornos neuróticos; n = 70 [18 varones y 52 mujeres], edad media = $32,54 \pm 12,54$) del capítulo V del borrador de la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, OMS, 1989).

RESULTADOS Y DISCUSION

Tanto al considerar la muestra de pacientes globalmente como al hacerlo en función de las categorías diagnósticas implicadas registramos que el item 64 fue el experimentado con una mayor intensidad seguido a continuación por el item 44, siendo el item 66 el que registró una menor intensidad en los pacientes psiquiátricos ambulatorios. La variable sexo no produjo variación en dicha distribución. Estos resultados coinciden con los registrados en el estudio realizado sobre población general.

Tanto los pacientes pertenecientes a la categoría diagnóstica F3 como los pertenecientes a la categoría F4 registraron valores significativamente más altos ($p < 0,001$) que los correspondientes a la población general en los tres items del inventario relacionados con las quejas de insomnio. Estas diferencias se mantienen al tomar en consideración las variables del grupo etario y sexo.

A diferencia de lo que ocurre en la población general, las mujeres, aunque siguen refiriendo experimentar los tres items estudiados con una mayor intensidad que los varones, tan sólo registran diferencias estadísticamente significativas a su favor en el item 66. Una vez enfermos no existe diferencia intersexo en el total de síntomas positivos o número medio de síntomas experimentado. Si persisten, no obstante, diferencias en cuanto a la forma de experimentar los síntomas del inventario, pues el PSDI (índice de distrés de síntomas positivos) es significativamente mayor para las mujeres.

Los pacientes con diagnósticos incluidos en la categoría F3 registraron valores significativamente más altos en los tres items estudiados que los correspondientes a la categoría F4. Este dato está en concordancia con el hecho de que aunque ambos grupos diagnósticos experimentan un número similar de síntomas (valor puntuación PST), los pacientes con diagnósticos pertenecientes a la categoría F3 refieren experimentarlos con una intensidad (valor puntuación PSDI) significativamente mayor ($p < 0,001$) que los de la categoría F4.

A diferencia de lo que ocurría en nuestro estudio sobre la población general, ninguno de los ítems estudiados registró una correlación estadísticamente significativa con la variable edad, ni al considerar globalmente la muestra, ni al hacerlo en función de la categoría diagnóstica o sexo del paciente.

Al establecer la varianza común de los tres ítems estudiados con los índices correspondientes a las distintas dimensiones sintomáticas y globales del instrumento registramos correlaciones estadísticas a diferentes niveles de significatividad. El ítem 44 (dificultad para conciliar el sueño) registró una mayor correlación con el índice de la dimensión sintomática de somatización, seguido de las de depresión y psicoticismo. El ítem 64 (despertarse de madrugada) registró su máxima correlación con la dimensión sintomática de depresión seguido de las de obsesión-compulsión y psicoticismo respectivamente. El ítem 66 (sueño inquieto o perturbado) obtuvo su mayor correlación con el índice de la dimensión de somatización, seguido de las de psicoticismo y obsesión-compulsión.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la variedad de factores que intervienen en el origen y mantenimiento del insomnio, el tratamiento más eficaz consiste en la combinación de medidas de diversa índole

tales como las higiénicas, psicoterapéuticas y farmacológicas, aunque el uso de fármacos específicos para el tratamiento del insomnio debe constituir una medida de tipo auxiliar (Kales y Kales, 1984).

Es fundamental que el facultativo reconozca y trate adecuadamente los trastornos psicológicos más o menos importantes en los que el insomnio tiene el papel de síntoma señal como sucede especialmente en los estados depresivos. En estos puede ser oportuna la utilización de timoanalépticos que, al margen de su efecto conocido sobre el humor, posean una acción sedante inductora del sueño que haga interesante su prescripción nocturna (Ginestet y Peron-Magnan, 1981). Los fármacos benzodiacepínicos son en la actualidad los fármacos hipnóticos de elección. En muchas ocasiones la finalidad primordial de la prescripción de un fármaco hipnótico no es sólo el aliviar el síntoma de insomnio sino también facilitar la relación médico-paciente que le permita la utilización de otras medidas o modalidades terapéuticas. En general se recomienda prescribir estos fármacos durante periodos cortos, y en la selección de los mismos es necesario el considerar tanto el tipo de insomnio referido por el paciente afecto como las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas del producto hipnótico a utilizar.

TABLA I

COMPARACION DE LOS REGISTROS MEDIOS GLOBALES DE LA POBLACION GENERAL Y DE LA MUESTRA DE PACIENTES PSIQUIATRICOS DE NUESTRO ESTUDIO Y ENTRE LAS DOS CATEGORIAS DIAGNOSTICAS IMPLICADAS

	Población General	Muestra Global	Sign.	Categoría F3	Categoría F4	Significatividad
44	0,83 ± 1,18	2,31 ± 1,57	p < 0,01	2,77 ± 1,47	1,97 ± 1,52	p < 0,01
64	1,33 ± 1,27	2,42 ± 1,44	p < 0,01	2,74 ± 1,49	2,17 ± 1,35	p < 0,05
66	0,68 ± 1,06	2,16 ± 1,41	p < 0,01	2,48 ± 1,32	1,90 ± 1,43	p < 0,05
PST	25,3 ± 14,3	59,6 ± 16,0	p < 0,01	61,7 ± 13,8	58,0 ± 17,5	No Sig.
GSI	0,51 ± 0,36	1,67 ± 0,70	p < 0,01	1,86 ± 0,60	1,52 ± 0,74	p < 0,01
PSDI	1,75 ± 0,48	2,46 ± 0,61	p < 0,01	2,69 ± 0,50	2,27 ± 0,63	p < 0,001

(F3 = trastornos del humor, F4 = trastornos neuróticos) (44 = dificultad para conciliar el sueño, 64 = despertarse de madrugada, 66 = sueño inquieto o perturbado) (GSI = Índice global de Gravedad, PST = Total de Síntomas Positivos, PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos). ±

TABLA II

REGISTROS MEDIOS GLOBALES Y POR SEXO DE LOS ITEMS DEL SCL-90-R RELACIONADOS CON LAS QUEJAS SUBJETIVAS DE INSOMNIO

	Muestra Global	Varones	Mujeres	Significatividad
44	2,31 ± 1,52	1,91 ± 1,47	2,40 ± 1,52	No signif.
64	2,42 ± 1,44	2,26 ± 1,38	2,46 ± 1,45	No signif.
66	2,16 ± 1,41	1,52 ± 1,47	2,30 ± 1,36	p < 0,05
PST	59,6 ± 16,0	59,3 ± 15,4	59,7 ± 16,2	No signif.
GSI	1,67 ± 0,70	1,42 ± 0,58	1,73 ± 0,71	No signif.
PSDI	2,46 ± 0,61	2,11 ± 0,60	2,54 ± 0,59	p < 0,001

44 = dificultad para conciliar el sueño, 64 = despertarse de madrugada, 66 = sueño inquieto o perturbado; PST = Total de Síntomas Positivos; PSDI = Índice del Distrés de Síntomas Positivos; GSI = Índice Global de Gravedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Ayuso Gutiérrez JL, Saiz Ruiz J. *El sueño en las Depresiones: Implicaciones Clínicas, Diagnósticas y Terapéuticas*. En: *La depresión desde la perspectiva psicobiológica*. Jarpyo eds. Madrid 1987.
2. Ayuso Gutiérrez JL., Saiz Ruiz J. *Aspectos clínicos de las depresiones*. En: *Las depresiones*. Salvat eds. Barcelona 1990.
3. De las Cuevas C.: *Síntomas psiquiátricos y psicósomáticos en la población general y en pacientes psiquiátricos Ambulatorios*. Tesis Doctoral. Universidad de La Laguna, 1991.
4. De las Cuevas C, González de Rivera JL, Henry M, Gracia R.: *Perfil sintomático y diagnóstico en pacientes psiquiátricos Ambulatorios*. *Psiquis* 1991; 12 (9): 325-336.
5. De las Cuevas C, Henry M, González de Rivera JL.: *El insomnio como queja subjetiva en la población general*. *Anales de Psiquiatría* 1991: 7 (9): 372-376.
6. De las Cuevas C, González de Rivera JL, Henry M, Gracia R.: *Análisis factorial de la Versión española del SCL-90-R en la población general*. *Anales de Psiquiatría* 1991: 7 (3): 93-96.
7. Derogatis LR.: *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures*. Manual 1 for the revised version of the SCL-90. Baltimore, Clinical Psychometric Research 1983.
8. Florez Lozano JA.: *Concepto y características del sueño*. En: *Una perspectiva evolutiva del sueño*. I Graphia. Madrid 1989.
9. Ginestet D, Peron-Magnan D.: *Manual de Psicofarmacología*. Toray Masson eds. Barcelona 1981.
10. González de Rivera JL. De las Cuevas C. Gracia Marco R. et al.: *Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife*. *Psiquis* 1990:11(1): 11-22.
11. González de Rivera JL.: *Derogatis LR. De las Cuevas C, et al. The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. *Clinical Psychometric Research*. Towson MD 1989.
12. Auri D.: *El insomnio*. Servicio de Publicación de Upjohn. Madrid 1983.
13. Kales JD.: *Insomnia*. En: *Sleep Disorders Medicine: Role of general psychiatrist*. Symposium del VIII World Congress of Psychiatry. Atenas 1989.
14. Kales A. Kales JD.: *Evaluación y tratamiento del insomnio*. Edika-Med. Barcelona 1988.
15. Nicholson AN y Marks J. *Sueño Normal y Anormal*. En: *El Insomnio*. Edika-Med. Barcelona 1988.
16. Organización Mundial de la Salud. *Borrador de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Capítulo V, Ginebra 1990.
17. Sánchez García JC.: *El insomnio ¿Estereotipo o Realidad?. Sus causas*. *Psiquis*. 1989: 10(6): 232-239.