

**MASTER UNIVERSITARIO EN ATENCIÓN  
FARMACEÚTICA (EUROPHARMNES)  
FACULTAD DE FARMACIA**



*ugr*

Universidad  
de **Granada**

**PROYECTO FIN DE MASTER**

**DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL  
SUEÑO EN ENFERMOS DEPRESIVOS  
RESIDENTES EN PEDANIAS DEL TÉRMINO  
MUNICIPAL DE MURCIA**

ALUMNA: M<sup>a</sup> Magdalena González Martínez  
TUTOR: Emilio García Jiménez  
Septiembre 2011

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi futuro marido que siempre esta dispuesto a ayudarme y acompañarme en todo lo que me propongo.

A mi padre, con el que es estupendo contar y sin el cual este trabajo habría sido imposible de realizar, a mi madre y mi hermana, que nunca dejan de escucharme aunque muchas veces las vuelva locas.

A mi tutor Emilio, que ha apoyado mi trabajo y me ha dado las directrices a seguir.

A “mi Roci” que siempre ha confiado en mi, y a Mavi, que esta cada día conmigo.

A Marien, por los buenos ratos y las risas que hemos compartido durante este master.

A M<sup>a</sup> Teresa, que ha permitido el estudio y me ha apoyado desde el principio.

A mis compañeras; Silvia gracias por cambiarme tantos turnos, y a Virginia y Ana, agradezco esa colaboración que he tenido de todas vosotras.

A todos los que me han apoyado y acompañado estos dos años de esfuerzo, gracias.

# **INDICE**

## **I. INTRODUCCIÓN**

1. ASPECTOS GENERALES
2. DEPRESIÓN
3. CARACTERISTICAS Y TIPOS DE DEPRESIÓN
4. TRASTORNOS DEL SUEÑO. AVANCES.
5. CONCEPTO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO. CATEGORIAS
6. FUNCIÓN FISIOLÓGICA DEL SUEÑO
7. DIAGNÓSTICO DEL INSOMNIO.
8. CONSECUENCIAS DEL INSOMNIO.
9. INSOMNIO Y DEPRESIÓN
10. JUSTIFICACIÓN

## **II. OBJETIVOS**

1. OBJETIVO GENERAL
2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

## **III. METODO**

1. TIPO DE ESTUDIO
2. POBLACIÓN Y MUESTRA
3. AMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO
4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
5. MATERIAL E INSTRUMENTOS.
6. ANÁLISIS DE DATOS.

## **IV. CUESTIONES ÉTICAS**

## **V. RESULTADOS**

## **VI. DISCUSIÓN**

## **VII. CONCLUSIONES**

## **VIII. BIBLIOGRAFÍA**

## **IX. ANEXOS**

# I. INTRODUCCIÓN

## 1. ASPECTOS GENERALES

La calidad del sueño constituye un aspecto clínico de gran relevancia (Buysse, Reynolds, Monk y Kupfer, 1989) si se tiene en cuenta que los estudios epidemiológicos, ya clásicos, cifran en aproximadamente un tercio la población adulta que refiere problemas con su sueño (Mc Ghie y Russell, 1962; Karajan et al, 1976; Bixler, Kales, Soldatos, Kales y Healey, 1979). Datos que han sido confirmados más tarde (González, Pedregal, López, Bousoño y Bobes, 1991). Los problemas de sueño crónicos afectan aproximadamente al 10% de las personas.

Estos datos permiten afirmar que las dificultades del sueño son uno de los problemas de salud más prevalentes y que afecta aproximadamente a un 30% de la población adulta. En el caso de los **pacientes deprimidos** las tasas de prevalencia son todavía más altas (Bobes, González, Ayuso et al., 1998). Por su parte, entre el 30% y el 80% de los pacientes con trastornos mentales graves manifiestan dificultades del sueño durante la fase aguda del trastorno dependiendo de la gravedad de la psicopatología. Además, estudios recientes relacionan la falta de sueño con problemas de salud, como la diabetes, la obesidad y la hipertensión; la disminución del rendimiento sociolaboral; peor calidad de vida; mayor riesgo de padecer trastornos mentales; accidentes laborales y de tráfico; y mayor coste sanitario.

Toda persona tiene una noche de desvelo ocasional y para la mayoría de ellas esto no es un problema. Sin embargo la falta de sueño reparador puede afectar a la capacidad para llevar a cabo las responsabilidades diarias, consecuencia del exceso de cansancio o por los problemas de concentración asociados. Es el caso del insomnio que pueden llevar a somnolencia diurna, mala concentración e incapacidad para sentirse renovado y descansado a la mañana siguiente.

Aproximadamente el 80% de los pacientes con depresión se quejan de un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad de su sueño. El insomnio es la alteración del sueño que se asocia de forma más frecuente a un episodio depresivo mayor. Lo más habitual son los problemas para iniciar y mantener el sueño. No obstante, y con menor frecuencia, determinados pacientes depresivos sufren de exceso de sueño (hipersomnia) que se manifiesta en forma de episodios de sueño

nocturno prolongado o de un aumento del sueño diurno. En determinadas ocasiones, este trastorno del sueño secundario a la depresión es la causa por la que el paciente acuda en busca de tratamiento.

## **2. DEPRESIÓN**

En relación a la depresión, el estudio sobre el peso global de las enfermedades (GBDS, del inglés *Global Burden of Disease Study 1990*) de la Organización Mundial de la Salud informa que la enfermedad psiquiátrica constituye más del 15% de la carga de morbilidad en las sociedades con economías de mercado consolidadas (Murria 1996). Así, la depresión grave es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes tanto en los Estados Unidos como en Europa (Bijl 1998; ESEMeD 2004a; ESEMeD 2004b; Kessler 1994). En diversos países como Bélgica, Francia, Alemania, Italia y los Países Bajos y España, la prevalencia puntual actual de la depresión y la distimia grave es 3,9% y 1,1%, respectivamente y las tasas de prevalencia en toda la vida son del 12,8% y 4,1% (ESEMeD 2004a; ESEMeD 2004b). Estas tasas indican que la depresión en Europa es un problema de salud pública de considerable magnitud.

No sólo el individuo diagnosticado con depresión es el que se enfrenta a la dificultad y la deficiencia en muchos dominios del funcionamiento, sino que también la enfermedad puede causar sufrimiento importante a las personas del entorno del paciente (Hays 1995). Además de las consecuencias individuales de la depresión, los estudios realizados en Reino Unido (Kind, 1993) y en Estados Unidos (Berto, 2000; Greenberg, 2004; Wang, 2003), indican que esta enfermedad lleva asociados altos costes tanto directos, derivados del tratamiento, como indirectos por los días de baja laboral y la mortalidad prematura.

La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado, que clínicamente se define como un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de tiempo prolongado. Esta última característica diferencia a la depresión de la sensación de la mayoría de la población que afirma haber padecido los síntomas enumerados anteriormente en alguna ocasión puntual a lo largo de su existencia.

### 3. CARACTERÍSTICAS Y TIPOS DE DEPRESIÓN

Las características de la depresión incluyen disforia, pérdida de interés en las actividades normalmente agradables, deterioro de la concentración y dificultades de la memoria y sentimientos de inutilidad, a menudo asociado con ideas suicidas. Simultáneamente pueden llevar aparejados además de los trastornos del sueño otros síntomas físicos como el cambio de peso la fatiga y la ansiedad (Hays 1995). La depresión se puede clasificar en distintos tipos:

- *Depresión mayor.* Deben presentarse 5 o más síntomas, durante al menos dos semanas para su diagnosis. La depresión mayor tiende a continuar durante al menos 6 meses si no recibe tratamiento.
- *Depresión menor.* Se caracteriza por presentar menos de 5 de estos síntomas durante al menos 2 semanas.
- *Depresión atípica.* Ocurre en aproximadamente un tercio de los pacientes con depresión y presenta un excesivo apetito y sueño. Además, estos pacientes tienden a tener un sentimiento de estar oprimidos y reaccionan fuertemente al rechazo.
- *Distimia.* Es una forma de depresión generalmente más leve que dura años si no recibe tratamiento.

Otras formas comunes de depresión son:

- *Depresión pos parto.* Muchas mujeres se sienten algo deprimidas después de tener un bebé, pero se considera depresión posparto cuando es más severa e incluye los síntomas de la depresión mayor.
- *Trastorno disfórico premenstrual (TDP).* Síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.
- *Trastorno afectivo estacional (TAE).* Ocurre con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno y desaparece durante la primavera y el verano, probablemente relacionado con la falta de luz solar.
- *Depresión maníaca o trastorno bipolar.* Caracterizada por alternar episodios depresivos con manías

El diagnostico de depresión suele ser más común en las mujeres que en los hombres, aunque es posible que esta percepción se deba a que las mujeres tienden

más a buscar ayuda para este problema. Además, suele ser especialmente frecuente durante los años de adolescencia.

#### **4. TRASTORNOS DEL SUEÑO. AVANCES.**

Volviendo a los trastornos del sueño como síntoma físico asociado a la depresión, las investigaciones realizadas a lo largo del tiempo han provocado un considerable progreso en la definición y cuantificación de las características del sueño en este tipo de pacientes. Así, se están incorporando los avances más recientes en el registro electroencefalográfico del sueño, tales como la metodología computacional y se ha comenzado a prestar más atención a diversos factores clínicos y psicosociales que parecen afectar a la sensibilidad de los resultados encontrados, como el subtipo de depresión, la intensidad, el régimen de tratamiento, la edad, la duración del episodio depresivo, factores psicosociales, etc. Además, ha aumentado el interés por la especificidad de estas alteraciones del sueño comparándolas con las que se manifiestan en otros tipos de trastornos psicopatológicos. Diversos estudios se han centrado en comprobar si estas características del sueño en la depresión son episódicas, definiéndolas como marcadores de estado, o persistentes, lo que se denomina marcadores de rasgo. Asimismo, se han estudiado los cambios longitudinales del sueño en la depresión, particularmente en relación con la remisión clínica.

Los progresos en la investigación del sueño en los trastornos del estado de ánimo no se han limitado sólo a ensanchar una base de datos empíricos; también se ha progresado en aspectos conceptuales y metodológicos y se han publicado diversos modelos sobre la fisiopatología de la depresión usando medidas electroencefalográficas de sueño. Sin embargo, y a pesar de todo, por el enorme interés que tendría que las alteraciones electroencefalográficas del sueño pudieran servir para discriminar entre diversos subtipos de depresión, los datos disponibles hasta el momento no permiten llegar a conclusiones definitivas.

#### **5. CONCEPTO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO. CATEGORIAS.**

Los trastornos del sueño involucran cualquier tipo de problema relacionado con el hecho de dormir, incluyendo la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total

excesivo o conductas anormales relacionadas con el sueño. Se han identificado más de cien **trastornos** diferentes de sueño y de vigilia que se pueden agrupar en cuatro categorías principales:

1. Hipersomnio.
2. Problema con el ritmo del sueño.
3. Conductas que interrumpen el sueño.
4. Insomnio.

### **Hipersomnio**

Problemas para permanecer despierto, se caracterizan por una somnolencia diurna excesiva. Los principales son:

- Hipersomnio idiopático
- Narcolepsia
- Apnea del sueño central u obstructiva
- Trastornos del movimiento periódico de las extremidades
- Síndrome de las piernas inquietas

### **Problema con el ritmo del sueño**

Alteraciones en el ritmo del sueño que afectan a la capacidad para mantener un horario regular del sueño.

Los trastornos que interrumpen el sueño abarcan:

- Síndrome de sueño y vigilia irregulares
- Síndrome del desfase horario
- Dormir menos horas de lo normal pero sin que ejerza un efecto negativo sobre las tareas cotidianas.
- Insomnio paradójico caracterizado porque la persona realmente duerme una cantidad de tiempo distinta a la que cree.
- Trastorno del sueño a causa del trabajo por turnos

### **Conductas que interrumpen el sueño**

Comportamientos inusuales que interrumpen el sueño. Se denominan parasomnio y son bastante comunes en los niños. Estas abarcan:

- Terrores nocturnos
- Sonambulismo



- Trastorno de comportamiento asociado al sueño MOR que consiste en un tipo de psicosis en la cual una persona representa sueños tan violentamente que puede lesionar a la persona con quien duerme.

## **Insomnio**

Como se ha dicho, es la alteración del sueño asociada más frecuentemente a un episodio depresivo y por ello nos extenderemos en su descripción.

Es la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o no tener un sueño reparador durante al menos un mes. Los episodios pueden ser pasajeros, producirse durante un corto plazo o ser crónicos.

Se denomina insomnio primario cuando no es causado por ninguna afección mental o física conocida. Es provocado por muchos factores diferentes. Los más comunes son el alcohol, la ansiedad, el café y el estrés. Cuando es causado por una afección clínica, el insomnio se considera secundario. A menudo, el insomnio es el síntoma que lleva a las personas con depresión a buscar ayuda médica.

Los síntomas más comunes son los siguientes:

- Dificultad para quedarse dormido en la mayoría de las noches
- Sentirse cansado o quedarse dormido durante el día.
- No sentirse renovado al despertar.
- Despertar varias veces durante el sueño

En general, la mayoría de los adultos se desenvuelven bien durmiendo aproximadamente 8 horas cada noche hasta los 60 años de edad. Posteriormente 6 horas pueden ser suficientes. A pesar de que los ancianos necesitan dormir menos, casi la mitad de las personas mayores de 60 años experimenta algún grado de insomnio. La mejor medida de la cantidad de sueño que se necesita es la sensación que se tiene al despertar. Así, si el sueño ha sido reparador es consecuencia de que se está durmiendo lo suficiente. La cantidad de horas necesarias para conseguirlo puede variar desde 4 a 10 dependiendo de la persona. Por lo tanto, es importante recordar que la salud del paciente no está en riesgo porque no alcance a dormir de 6 a 8 horas diarias, si no que hay que considerar que los requerimientos de sueño varían dependiendo de la persona y de la edad.

La clasificación de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de Enfermedades, décima de edición (CIE-

10), requiere para el diagnóstico de insomnio que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal.

Clasificación de los trastornos del sueño según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición ( DSM-IV ) y de la CIE-10:

DSM-IV	CIE-10
<p><b>Trastornos primarios</b></p> <p><b>Disomnias</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insomnio primario</li> <li>2. Hipersomnia primaria</li> <li>3. Narcolepsia</li> <li>4. Trastorno del sueño relacionado con la respiración</li> <li>5. Trastorno del ritmo circadiano (antes trastorno del ritmo sueño-vigilia)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo sueño retrasado</li> <li>- Tipo "jet lag"</li> <li>- Tipo de sueño avanzado</li> <li>- Tipo cambio de turno de trabajo</li> <li>- Tipo no especificado</li> </ul> </li> <li>6. Mioclonía nocturna o movimiento periódico de los miembros</li> <li>7. Síndrome de piernas inquietas</li> </ol>	<p><b>Trastornos no orgánicos</b></p> <p><b>Disomnias</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Insomnio no orgánico</li> <li>2. Hipersomnio no orgánico</li> <li>3. Trastorno no orgánico de ciclo sueño-vigilia</li> </ol>
<p><b>Parasomnias</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonambulismo</li> <li>2. Terrores nocturnos</li> <li>3. Pesadillas (antes trastornos por sueños angustiosos)</li> <li>4. Bruxismo</li> <li>5. Enuresis nocturna</li> </ol>	<p><b>Parasomnias</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sonambulismo</li> <li>2. Terrores nocturnos</li> <li>3. Pesadillas</li> </ol>
	<p><b>Otros trastornos no orgánicos del sueño</b></p>
	<p><b>Trastornos no orgánicos del sueño de origen sin especificación</b></p>
<p><b>Trastornos secundarios de sueño</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Asociado a trastorno neurológico</li> <li>b) Asociado a trastorno psiquiátrico</li> <li>c) Asociado a otras enfermedades médicas</li> </ol>	<p><b>Trastornos orgánicos del sueño</b></p>

Los trastornos del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en medicina general como en psiquiatría. De hecho, más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y únicamente el 5% acuden al médico con el objeto principal de recibir tratamiento para este problema. Sin

embargo, se estima que de un 10% a un 15 % de la población adulta padece insomnio crónico.

La prevalencia del insomnio como síntoma de alguna enfermedad es también elevada, ya que se considera que un 50% de los adultos sufren insomnio en algún momento de la vida y que un 25-35 % ha padecido insomnio ocasional o transitorio acompañando al estrés de situaciones vitales. Estos porcentajes son elevados teniendo en cuenta que la depresión –enfermedad más frecuente en psiquiatría– tiene una prevalencia del 17%. El resultado de numerosos estudios de pacientes con insomnio permite concluir que en la mayoría de los casos el insomnio es un síntoma de un trastorno subyacente más que una enfermedad en sí misma. Es importante tener esto en cuenta, ya que a la hora de tratarlo se debe actuar, siempre que sea posible, sobre la causa y no sólo sintomáticamente.

## **6. FUNCIÓN FISIOLÓGICA DEL SUEÑO.**

Existe una relación estrecha y bidireccional entre una persona sana y un sueño normal, debido a que el sueño cumple diversas funciones fisiológicas necesarias para la salud del individuo entre las que se encuentran la de restaurar la homeostasis del Sistema Nervioso Central (SNC) y del resto de los tejidos, la de restablecer los almacenes de energía celular (ATP) y la del almacenamiento y conservación de los datos en la memoria. El sueño normal se compone de dos ciclos de sueño: REM y No REM. Esta última se puede dividir a su vez en cuatro fases, cada una progresivamente más profunda, es decir, comienza con la fase I, que es la de transición de la vigilia al sueño, y continúa con el resto de fases hasta llegar a la fase 4 en la que la capacidad de respuesta a los estímulos ambientales es menor, siendo más difícil el despertar, por lo que la interrupción del sueño en esta fase puede provocar desorientación, aturdimiento, olvido de los sueños y mayor facilidad para recuperar la somnolencia. Durante este sueño No REM la actividad neuronal disminuye un 50% debido a la disminución del flujo sanguíneo cerebral. Las ondas del electroencefalograma (EEG) son lentas y sincronizadas y la actividad colinérgica, noradrenérgica y serotoninérgica cerebral están disminuidas.

La fase REM ocurre, como media, a los 90 minutos tras el inicio del sueño, y se debe a la brusca activación de las neuronas colinérgicas, que estimulan el córtex visual y las áreas límbicas del cerebro. En esta etapa del sueño, como en la fase 4 del ciclo No Rem, el cuerpo es muy poco sensible a los estímulos externos y las

motoneuronas de la médula espinal quedan como anestesiadas, mientras el pedúnculo cerebral produce ondas ponto-geniculo-occipitales que activan el núcleo geniculado y éste, a su vez, estimula el córtex visual produciendo imágenes. Durante el sueño REM mientras que el sistema colinérgico está activo el serotoninérgico permanece quiescente, y el EEG registra una actividad cerebral parecida a la del estado de vigilia (elevada frecuencia y escasa amplitud de ondas). El córtex prefrontal, que es el área cerebral relacionada con funciones cognitivas como la planificación de tareas permanece apagado, mientras la amígdala, que es el núcleo encargado de analizar el componente emocional de los estímulos está activada, lo que podría explicar el alto contenido emocional de los sueños. Aunque la anatomía y fisiología cerebral implicadas en el sueño se conocen con bastante profundidad, apenas se sabe algo del origen y significado personal de los sueños.

Con la edad la estructura y el tiempo del sueño varían, ya que un recién nacido duerme aproximadamente 18 horas, un adulto joven de 7,5 a 8 horas y un anciano alrededor de 6,5 horas. En el recién nacido la fase REM ocupa más de un 50% del tiempo total del sueño, mientras que en el anciano ocupa tan sólo un 20%. De la tercera a la sexta década de la vida se produce una disminución gradual de la calidad del sueño, que se vuelve más fragmentado y superficial, se dan más cambios de fases del sueño y desaparece gradualmente el sueño de ondas lentas.

## **7. DIAGNÓSTICO DEL INSOMNIO.**

El reconocimiento y diagnóstico del insomnio, y consecuentemente su tratamiento, se puede ver retrasado por diversos factores como son la falta de experiencia de los médicos en el tratamiento de los problemas de sueño, la escasez de tiempo para atender a los pacientes que hace que se pasen por alto estos problemas, la poca importancia que se da a los problemas del sueño, la impresión de que los tratamientos actuales no son efectivos o tienen más riesgos que beneficios y la escasez de estudios que corroboren el beneficio que aporta la mejora del insomnio en la evolución de la enfermedad de base. El insomnio según la DSM-IV y la CEI-10 se puede clasificar según sus causas, origen y duración:

**Según sus causas.** Esta clasificación diferencia entre un insomnio extrínseco debido a factores ambientales tales como problemas con la higiene del sueño, abuso de sustancias, situaciones de estrés (problemas de tipo laboral, familiar, de salud...) y un insomnio intrínseco debido a factores personales como el insomnio psicofisiológico,

insomnio primario o idiopático, apneas obstructivas del sueño, síndrome de las piernas inquietas y alteración del ritmo circadiano.

**Según su origen.** Insomnio relacionado con una enfermedad orgánica (insomnio orgánico). Insomnio relacionado con trastornos mentales (insomnio no orgánico). Insomnio no relacionado con otras enfermedades (insomnio primario).

**Según la duración.** Existen de varios tipos:

- *Insomnio transitorio.* Duración de varios días. Debido a estrés agudo o cambios en el ambiente. Algunos factores precipitantes:
  - Cambio ambiental del sueño
  - Estrés situacional
  - Enfermedad médica aguda
  - Cambio de turno de trabajo
  - “Jet lag”
  - Consumo de cafeína, alcohol, nicotina, drogas
  
- *Insomnio de corta duración.* Duración de menos de tres semanas. Se desencadena en situaciones de estrés o de cambio vivencial: hospitalización, trauma emocional, dolor, vivir en altitud, casamiento, divorcio, cambio de residencia, reacción de duelo, etc.
  
- *Insomnio crónico.* Debido a enfermedad física o psiquiátrica crónica.

## **8. CONSECUENCIAS DEL INSOMNIO.**

La complicación más común del insomnio es la somnolencia durante el día, que puede derivar en problemas mayores, como los accidentes de tráfico, aunque existe alguna evidencia de que la falta de sueño puede también disminuir la capacidad del sistema inmunitario para combatir las infecciones.

El tratamiento farmacológico del insomnio entraña riesgos potenciales, como es el caso de los antihistamínicos, principales componentes de las pastillas para dormir de venta libre y que pueden crear dependencia, tolerancia y, con el tiempo, incluso afectar la memoria. Por otra parte, los sedantes se deben utilizar bajo prescripción médica, pues pueden causar tolerancia o dependencia. Además, la suspensión brusca de estos medicamentos puede causar insomnio y síndrome de abstinencia. Otro tipo de tratamiento para los problemas del sueño secundarios a una depresión lo

constituyen los antidepresivos, que no suponen tanto riesgo de dependencia y tolerancia como los sedantes.

## **9. INSOMNIO Y DEPRESIÓN.**

No es frecuente que una enfermedad potencialmente mortal sea la causa de los problemas del sueño, sino que es más común que sea debido a los malos hábitos a la hora de dormir. Sin embargo, debido a que el insomnio es un síntoma clave en el diagnóstico de la depresión, resulta necesario realizar un chequeo con el fin de corroborar o descartar que sea consecuencia de un trastorno depresivo.

Volviendo a la depresión, es el tipo de trastorno psicopatológico más vinculado a las alteraciones del sueño y es asimismo el que mayor número de estudios ha generado. A pesar de ello, ninguna de las alteraciones del EEG del sueño es específica de la depresión. Por ejemplo, una latencia corta de sueño REM (que se sugirió como posible marcador biológico de la depresión) se ha descrito en más de 10 trastornos diferentes a la depresión: esquizofrenia, ansiedad, demencia, alcoholismo, apnea del sueño, trastorno obsesivo-compulsivo, etc. Al contrario, en más de 10 estudios se han encontrado latencias normales de sueño REM en sujetos depresivos.

Las alteraciones del sueño pueden presentarse sólo durante el episodio depresivo (marcador de estado), anteceder al episodio clínico (marcador de rasgo) o persistir durante la recuperación clínica (marcador de un episodio pasado o marcador de rasgo). La aproximación tradicional ha sido el estudio de las características del sueño durante el episodio depresivo. Sin embargo, algunos autores han estudiado también las características del sueño en sujetos depresivos durante la remisión obteniendo resultados dispares pues algunos trabajos muestran que determinadas características del sueño desaparecen durante la remisión, mientras otros autores han encontrado características del sueño que perduran cuando los pacientes están totalmente recuperados.

Otra importante cuestión conceptual es si las alteraciones del sueño en la depresión son primarias o secundarias; es decir, si los cambios en el sueño representan epifenómenos o reflejan cambios biológicos básicos asociados con la presencia de un trastorno afectivo y de su sensibilidad al tratamiento. El hecho de que diversas manipulaciones del sueño tengan efectos antidepresivos sugiere que debe haber una conexión entre la regulación del sueño y la del afecto en los trastornos del

estado de ánimo. En efecto, la privación total o parcial del sueño, la privación selectiva del sueño REM y el adelanto del ciclo sueño-vigilia pueden tener efectos beneficiosos en la sintomatología depresiva. Otra forma de aclarar el significado fisiopatológico de las alteraciones del sueño en la depresión es analizar la relación entre los cambios en el sueño durante la terapia y la respuesta antidepressiva. También es relevante la relación entre las alteraciones del sueño pretratamiento y el resultado terapéutico.

En suma, la literatura muestra que la mayoría de los tratamientos antidepressivos suprimen el sueño REM. La evidencia de una correlación o relación causal entre las alteraciones del sueño antes del tratamiento, la supresión inicial del sueño REM y la respuesta terapéutica es ambigua. Algunas estrategias terapéuticas, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas, no suprimen el sueño REM. Estos datos desafían la asunción de que la supresión del sueño REM es un requisito necesario para las propiedades antidepressivas de un tratamiento antidepressivo efectivo. A este respecto, Reynolds señala que el hecho de que diferentes fármacos antidepressivos produzcan efectos diferenciales sobre el sueño puede reflejar diferencias en los receptores farmacológicos implicados y, por tanto, diferentes vías de respuesta terapéutica.

## **10. JUSTIFICACIÓN.**

En resumen y como se ha dicho, la investigación sobre el sueño en la depresión ha producido una inmensa base de datos y fructíferas consideraciones teóricas sobre la fisiopatología de la depresión, así como la vulnerabilidad hacia el desarrollo de episodios depresivos. La esperanza que alteraciones del patrón electroencefalográfico del sueño en sujetos con depresión sirvieran como herramienta diagnóstica, no se ha cumplido hasta ahora. Numerosos estudios con diferentes poblaciones de pacientes no han demostrado contundentemente la especificidad de estas alteraciones del sueño en la depresión. A pesar de todo, deberán seguir realizándose estudios clínicos futuros ya que los mecanismos de acción del efecto antidepressivo de las terapias del sueño aplicadas a la depresión son un interrogante fascinante. Además, aunque las alteraciones del patrón electroencefalográfico del sueño no sean específicas de la depresión, pueden revelar importantes alteraciones fisiológicas que pueden ser comunes a varias condiciones psicopatológicas.

Debemos destacar por tanto las importantes limitaciones en el conocimiento que tenemos acerca del sueño de los sujetos depresivos. Sorprendentemente, hay

pocas comparaciones específicas de sujetos depresivos correctamente diagnosticados, libres de medicación con sujetos sanos o no depresivos igualados en edad y sexo. Los estudios con sujetos libres de medicación son importantes debido a que el sueño se ve afectado durante y después del tratamiento por agentes psicoterapéuticos, hipnóticos, antihistamínicos y por el consumo de alcohol y algunas otras sustancias. La edad es también un factor importante. El tiempo total de sueño, el sueño de ondas lentas, la latencia del sueño REM y la eficiencia del sueño declinan con la edad. Estas características del sueño también se alteran durante la depresión. Además tenemos la influencia potencial sobre el EEG del sueño de diversos factores, como la estación del año, el ciclo menstrual, el índice de masa corporal, la dieta o las desviaciones del comienzo habitual del sueño. Tampoco los mecanismos fisiopatológicos de las alteraciones del sueño en la depresión se conocen aún.

En definitiva, y aunque los estudios del sueño tienen una utilidad limitada como herramienta diagnóstica clínica en la depresión, continúan teniendo un importante papel en la investigación de este trastorno, particularmente en las áreas de predicción de respuesta a tratamientos, pronóstico de recaídas, resultados longitudinales, estudios familiares e investigación de modelos etiológicos. La importancia conceptual y práctica de los resultados existentes en las investigaciones revisadas, así como las cuestiones que permanecen aún sin respuesta, ponen de manifiesto la necesidad de nuevos trabajos que permitan esclarecer el papel de las alteraciones del sueño en la depresión.



## **II.OBJETIVOS**

Con los antecedentes expuestos, en el presente trabajo se pretende alcanzar los siguientes objetivos:

### **1. OBJETIVO GENERAL**

- Describir la población a estudio y así la situación general de los trastornos del sueño y sus repercusiones en enfermos depresivos residentes en Sangonera la Verde (Murcia). Análisis de función de las variables sexo, edad, estado civil y situación laboral

### **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Conocer si existe relación entre las variables identificadas con los índices de insomnio e hipersomnio.
- Conocer si existe relación entre los trastornos del sueño y la toma de remedios que mejoren el sueño.
- Conocer si existe relación entre el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral con los trastornos del sueño y su gravedad.
- Conocer si existe relación entre el grado de satisfacción con el sueño y el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral.
- Conocer si existe relación entre el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral y la toma de remedios q mejoren el sueño.

### **III. METODO**

#### **1. TIPO DE ESTUDIO.**

Se tratará de un estudio observacional, descriptivo, transversal.

#### **2. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

##### ***Sujetos participantes***

La población de referencia son los enfermos depresivos residentes en pedanías del término municipal de Murcia.

La población de estudio son todos los usuarios que acudieron a la farmacia elegida y que padecían trastornos depresivos.

El sistema de selección ha estado marcado por una serie de criterios. Son los siguientes:

Criterios de exclusión:

1. Usuarios de la farmacia no residentes en la pedanía donde se encuentra la farmacia.
2. Presencia de otro trastorno psiquiátrico como diagnóstico principal o como motivo prioritario de tratamiento.
3. Usuarios que no aceptaron participar en el estudio.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de episodio depresivo, episodio único o recidivante y en tratamiento.
2. Pacientes mayores de 18 años.

#### **3. AMBITO Y PERIODO DE ESTUDIO.**

##### ***Procedimiento***

El estudio se realizó aplicando el cuestionario (anexos) una única vez a cada paciente, el periodo de recogida de datos fue de dos meses, iniciando el mes de Abril y finalizando el mes de Junio de 2011. El cuestionario se realizó en la rebotica de la farmacia de Sangonera la Verde, que contaba con capacidad suficiente y condiciones

adecuadas. Todo el proceso se realizó por la misma persona para evitar variaciones entre distintos entrevistadores.

#### **4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.**

1. La variable dependiente del estudio son los trastornos de sueño, para evaluar estos trastornos se ha seleccionado un instrumento enfocado a medir calidad de sueño, el Cuestionario de Oviedo del Sueño (anexo 2), la evaluación de los trastornos del sueño se aplicara a una población con trastorno depresivo.
2. Las variables independientes del estudio fueron (anexo 1):
  - Genero, variable cualitativa dicotómica.
  - Edad, variable cuantitativa continua.
  - Situación laboral, variable cualitativa policotómica.
  - Lugar de residencia, variable cualitativa, en nuestro caso, todos los participantes residen en el mismo lugar.
  - Estado civil de los participantes en el estudio, variable cualitativa policotómica.

#### **5. MATERIAL E INSTRUMENTOS.**

Como instrumento para este trabajo se ha empleado el Cuestionario Oviedo de Sueño (COS), desarrollado por la Universidad de Oviedo. Se basa en una entrevista semiestructurada de ayuda al diagnóstico de insomnio e hipersomnio según los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV, que ha sido validado en pacientes con trastornos depresivos.

##### *Cuestionario Oviedo de Sueño*

El COS (anexo 2) es una entrevista semiestructurada breve que permite realizar una historia clínica exhaustiva sobre el ritmo sueño-vigilia del paciente.

Se trata de un instrumento heteroaplicado, con el que el clínico va recogiendo y clarificando con el paciente la información por él proporcionada. El marco de referencia temporal es “durante el último mes”.

La información recogida ayuda al diagnóstico de insomnio e hipersomnio según los criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. El cuestionario consta de 15 ítems, 13 de los cuales se agrupan en 3 escalas:

*A) Satisfacción subjetiva con el sueño:* Constituida por un único ítem (COS1) que se puntúa mediante una escala Likert de intensidad de 7 grados, desde 1, muy insatisfecho, hasta 7, muy satisfecho.

*B). Insomnio.* Formada por 9 ítems (COS21 a COS24, COS3 a COS7) que evalúan la naturaleza del insomnio (dificultades de conciliación, de mantenimiento, despertar precoz, sueño no reparador), sus repercusiones en la vigilia (preocupación, cansancio, disminución del funcionamiento) y su gravedad. Los ítems COS21 a COS24 junto con el COS7 constituyen el algoritmo para el diagnóstico categorial de insomnio, bien según los criterios CIE-10 o bien según los criterios DSM-IV. Los 9 ítems constituyen la Escala COS de Gravedad del Insomnio (COS-GI). El algoritmo diagnóstico de insomnio CIE-10 es el siguiente:

- Debe presentarse como mínimo 3 días a la semana al menos 1 de los 4 ítems COS21 a COS24 (dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido, lograr un sueño reparador, despertarse a la hora habitual), es decir, obtener una puntuación  $\geq 3$ .
- Se debe presentar al menos 3 días a la semana el ítem COS7 (preocupación o cansancio o repercusión en el funcionamiento por las dificultades de sueño nocturno), es decir, obtener una puntuación  $\geq 3$ .

El algoritmo diagnóstico de insomnio DSM-IV es el siguiente :

- Debe presentarse como mínimo 6-7 días a la semana al menos 1 de los 4 ítems COS21 a COS24 (dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido, lograr un sueño reparador, despertarse a la hora habitual), es decir, obtener una puntuación de 5.
- Debe presentarse al menos 6-7 días a la semana el ítem COS7 (preocupación o cansancio o repercusión en el funcionamiento por las dificultades de sueño nocturno), es decir, obtener una puntuación de 5.

La Escala COS-GI proporciona una puntuación dimensional de gravedad del insomnio que se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 9 ítems que la constituyen. El intervalo de puntuación es 9-45; a mayor puntuación, mayor gravedad. En la población con depresión una puntuación directa de 30 en esta escala equivale al percentil 501 (anexo 3)

C) *Hipersomnio*. Constituida por 3 ítems (COS25, COS 8 y COS9) que evalúan el sueño diurno y la preocupación/ disminución del funcionamiento por este motivo. Estos 3 ítems constituyen el algoritmo para el diagnóstico categorial de hipersomnio, que en este caso es el mismo para los criterios CIE-10 y los DSM-IV. No hay una escala COS de gravedad del hipersomnio. El algoritmo diagnóstico de hipersomnio consiste en :

- No hay dificultades de sueño nocturno, es decir, la puntuación en los ítems COS21 a COS 24 es 1.
- Se debe presentar al menos 6-7 días a la semana los 3 ítems de la escala (COS25, COS8 y COS9), es decir, obtener una puntuación de 5.

Los 2 ítems restantes (COS10 y COS11) proporcionan información adicional sobre parasomnias y posibles trastornos orgánicos del sueño, así como sobre el uso de ayudas para dormir (hierbas, fármacos, etc.).

## **6. ANÁLISIS DE DATOS.**

### ***Análisis Estadísticos***

Para la investigación se ha utilizado como herramienta para el tratamiento estadístico de los datos el Statistical Package for Social Sciences para Windows en su versión 17.0 (SSPS 17)

Los análisis estadísticos empleados fueron la Chi-cuadrado para el análisis de proporciones, considerándose cambios estadísticamente significativos para valores de  $p < 0,05$ . Se utilizó también V de Cramer y coeficiente de Contingencia.

## **IV. CUESTIONES ÉTICAS**

En otro orden de cosas se han observado todas las indicaciones sobre los principios éticos en investigación. En este sentido hubo consentimiento informado sobre los propósitos y procedimientos así como de las molestias que se pudieran dar. Se les informó igualmente de la posibilidad de abandonar la aplicación de la prueba en cualquier momento y con toda libertad.

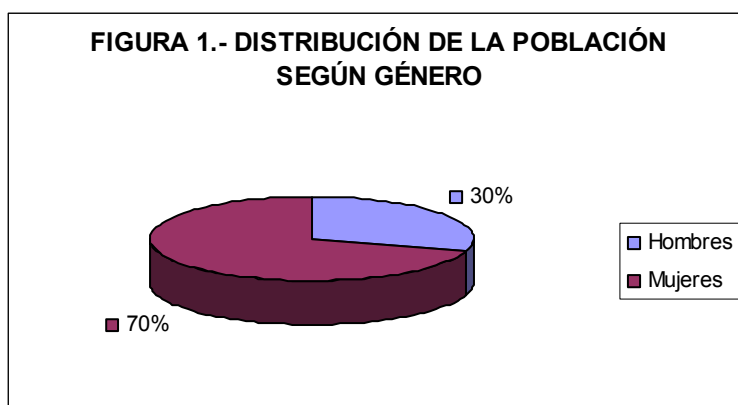
## V. RESULTADOS

### 1. OBJETIVO GENERAL

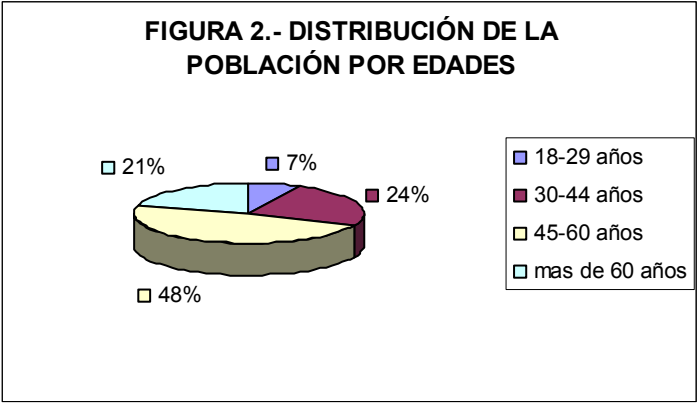
#### 1.1 Descripción de la población

Los sujetos participantes fueron aquellos que durante el tiempo definido en el protocolo, acudieron a la farmacia para que se les dispensara un antidepresivo. Tras verificar el cumplimiento de los criterios del estudio y después de informar sobre el proyecto obteniendo su consentimiento de participación en él, se procedía a la toma de datos. La oficina de farmacia se encuentra ubicada en la pedanía murciana de Sangonera la Verde, en la actualidad, la pedanía tiene censado según el Instituto Nacional de Estadística (INE) una población total de 9232 habitantes, 4654 varones y 4578 mujeres.

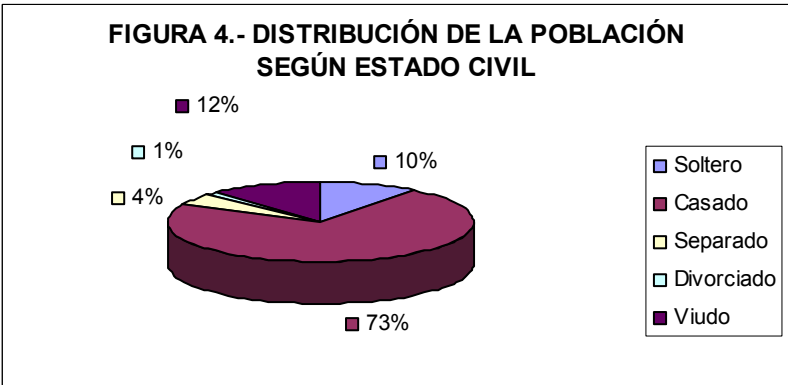
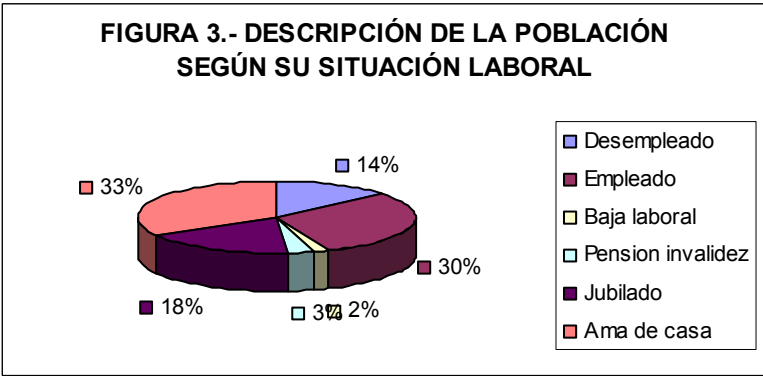
Durante los dos meses que duró el estudio acudieron a la farmacia un total de 67 pacientes que participaron en el estudio, todos residentes en Sangonera la Verde, de ellos 20 son hombres y 47 son mujeres mayores de 18 años.



El intervalo de edad que predomina en el estudio es de 45 a 60 años, ya que es la población que normalmente acude a la farmacia, así, calificamos a la población del estudio dentro de la edad madura.



Otras variables cualitativas que describen y nos dan información sobre la población que hemos estudiado son la situación laboral, predominando claramente los trabajadores activos y las amas de casa, y el estado civil, donde la población esta prácticamente compuesta por pacientes casados.



**1.2 Tablas de frecuencia y descripción de resultados de las diferentes preguntas del cuestionario COS.**

Las tablas de frecuencia nos permiten describir la situación general de los trastornos del sueño y sus repercusiones en enfermos depresivos residentes en Sangonera la Verde (Murcia).

- En cuanto a la satisfacción subjetiva con el sueño, el 41% de los enfermos no están satisfechos. Este porcentaje se eleva al 67,1% si consideramos aquellos que no se decantan por una contestación en términos de satisfacción en cualquiera de sus grados.

Tabla 1.- Satisfacción con el sueño.

<b>SATISFACCIÓN CON EL SUEÑO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Muy Insatisfecho	9	13,4	13,4	13,4
	Bastante Insatisfecho	3	4,5	4,5	17,9
	Insatisfecho	16	23,9	23,9	41,8
	Término Medio	17	25,4	25,4	67,2
	Satisfecho	12	17,9	17,9	85,1
	Bastante Satisfecho	5	7,5	7,5	92,5
	Muy Satisfecho	5	7,5	7,5	100
	Total	67	100	100	

- Con respecto a la conciliación del sueño un 50,7% tarda más de 30 minutos en conseguirlo una vez que lo intentaba. Un 26,9% tarda más de una hora. Una vez conseguido, un 34,3% se despierta durante la noche 3 o más veces siendo el motivo más habitual la necesidad de orinar con mucha diferencia sobre los demás (50,7%).

Tabla 2.- Tiempo gastado en conciliar el sueño.

<b>COS3</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	1	24	35,8	35,8	35,8
	2	9	13,5	13,5	49,3
	3	9	13,4	13,4	62,7
	4	7	10,4	10,4	73,1
	5	18	26,9	26,9	100
	Total	67	100	100	



Tabla 3.- Cantidad de despertares en la noche.

**COS4**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	1	11	16,4	16,4	16,4
	2	19	28,4	28,4	44,8
	3	14	20,9	20,9	65,7
	4	8	11,9	11,9	77,6
	5	15	22,4	22,4	100
	Total	67	100	100	

Tabla 4.- Razón del despertar durante la noche.

**@4\_1**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	1	11	16,4	16,4	16,4
	2	2	3,0	3,0	19,4
	3	34	50,7	50,7	70,1
	4	3	4,5	4,5	74,6
	5	4	6,0	6,0	80,6
	6	8	11,9	11,9	92,5
	7	4	6,0	6,0	98,5
	8	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	100	100	

- Respecto del despertar precoz el 53,7 % de los casos se despierta a la hora habitual. El 34,3% se despierta como mínimo 1 hora antes de lo habitual. Además en cuanto a la eficacia del sueño para lograr un sueño reparador, el 23.9% de los enfermos sólo duerme un 60% o menos del tiempo que esta en la cama.

Tabla 5.- Tiempo de despertar precoz.

**COS5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	1	36	53,7	53,7	53,7
	2	8	11,9	11,9	65,6
	3	12	17,9	17,9	83,5
	4	6	9,0	9,0	92,5
	5	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Tabla 6.- Eficiencia del sueño.

<b>COS6</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	1	10	14,9	14,9	14,9
	2	18	26,9	26,9	41,8
	3	12	17,9	17,9	59,7
	4	11	16,4	16,4	76,1
	5	16	23,9	23,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

- Las repercusiones originadas por la vigilia provoca que hasta 56,7% de los pacientes no se manifiesten preocupados por el cansancio acumulado o por su funcionamiento sociolaboral, en contraposición el 56,7% muestra preocupación al menos un día, y un alto 26,9% de este porcentaje muestra preocupación todos los días de la semana por este cansancio.

Tabla 7.- Preocupación sociolaboral.

<b>DIAS DE CANSANCIO Y PREOCUPACIÓN</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Ninguno	29	43,3	43,3	43,3
	1-2d/s	9	13,4	13,4	56,7
	3d/s	8	11,9	11,9	68,6
	4-5d/s	3	4,5	4,5	73,1
	6-7d/s	18	26,9	26,9	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Tabla 8.- Dificultades del sueño.

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
COS 21 Conciliar el sueño	34,3%	7,5%	7,5%	11,9%	38,8%
COS 22 Permanecer dormido	44,8%	3%	7,5%	6%	38,8%
COS 23 Lograr un sueño reparador	35,8%	1,5%	10,4%	6%	46,3%
COS 24 Despertar a la hora habitual	47,8%	3%	9%	3%	37,3%

- Respecto al insomnio y su naturaleza del insomnio, teniendo en cuenta que los ítem COS21 a COS24 constituyen el algoritmo para el diagnóstico del insomnio, los datos nos confirman que un escaso 37,3% de los enfermos depresivos de Sangonera sufre este trastorno. Lograr un sueño reparador es el principal de los problemas.

Tabla 9.- Insomnio.

<b>INSOMNIO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Sufre Insomnio	25	37,3	37,3	37,3
	No Sufre Insomnio	42	62,7	62,7	100
	Total	67	100	100	

- Respecto al hipersomnio, teniendo en cuenta que los ítem COS 8 COS 9 y COS25 constituyen el algoritmo para el diagnóstico de este trastorno, los datos nos confirman que en general los sólo un 7,5% de los enfermos parece sufrirlo.

Tabla 10.- Hipersomnio.

<b>HIPERINSOMNIO</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Sufre Hipersomnio	5	7,5	7,5	7,5
	No Sufre Hipersomnio	62	92,5	92,5	100
	Total	67	100	100	

- Los datos también aportan información adicional sobre parasomnias y posibles trastornos orgánicos del sueño. Los datos confirman que roncar es el trastorno crónico más común seguido de las pesadillas.

Tabla 11.- Parasomnias y trastornos orgánicos del sueño.

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
COS101. Ronquidos	46,3%	6%	7,5%	4,5%	35,8%
COS102 .Ronquidos con ahogo	85,1%	3%	0%	1,5%	10,4%
COS103 .Movimientos de las piernas	50,7%	6%	10,4%	6%	26,9%
COS104 .Pesadillas	34,3%	11,9%	19,4%	4,5%	29,9%

- Para finalizar, con respecto al uso de ayudas para dormir sólo un 35,8% no requiere ayuda. El 50% requiere estas ayudas de forma habitual casi todos los días. Más del 50% utiliza fármacos para dormir, siendo el 7,5% personas que además de la medicación añaden remedios naturales.

Tabla 12.- Días de uso de fármacos u otros remedios para dormir.

<b>Uso de fármacos u otros remedios para dormir</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	Ninguno	24	35,8	35,8	35,8
	1-2d/s	5	7,5	7,5	43,3
	3d/s	2	3,0	3,0	46,3
	4-5d/s	2	3,0	3,0	49,3
	6-7d/s	33	49,3	49,3	98,5
	6	1	1,5	1,5	100,0
	Total	67	98,5	100,0	

Tabla 13.- Uso de fármacos u otros remedios para dormir.

<b>Ayuda para dormir</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	No Toma	23	34,3	34,3	34,3
	Medicación	32	47,8	47,8	82,1
	Remedios Naturales	7	10,4	10,4	92,5
	Medicación y Remedios Naturales	5	7,5	7,5	100,0
	Total	67	100	100	

### ***1.3 Análisis de la contingencia entre las variables identificativas y la respuesta a las diferentes preguntas del cuestionario.***

Se trata de obtener las posibles causa–efecto (contingencia) de las preguntas del cuestionario COS en función de las variables Edad, sexo, Estado civil y situación laboral de los enfermos. Los resultados del análisis de contingencia de las diferentes preguntas del cuestionario con cada una de las variables nos indican que se aprecia las siguientes: Edad- Cos 24; Edad-Cos 4; Edad-Cos 7; Sexo-Cos 8; Estado Civil-Cos 4 y Estado civil-Cos 105.

Tabla 14.- Análisis de contingencia

	Estado			
	Edad	Sexo	Civil	Sit. Laboral
Cos 1	No	No	No	No
Cos 21	No	No	No	No
Cos 22	No	No	No	No
Cos 23	No	No	No	No
Cos 24	SI	No	No	No
Cos 25	No	No	No	No
Cos 3	No	No	No	No
Cos 4	SI	No	SI	No
Cos 41	No	No	No	No
Cos 5	No	No	No	No
Cos 6	No	No	No	No
Cos 7	SI	No	No	No
Cos 8	No	SI	No	No
Cos 9	No	No	No	No
Cos 101	No	No	No	No
Cos 102	No	No	No	No
Cos 103	No	No	No	No
Cos 104	No	No	No	No
Cos 105	No	No	SI	No
Cos 11	No	No	No	No
Cos 11.1	No	No	No	No
Cos -GI	No	No	No	No

Los principales hallazgos son:

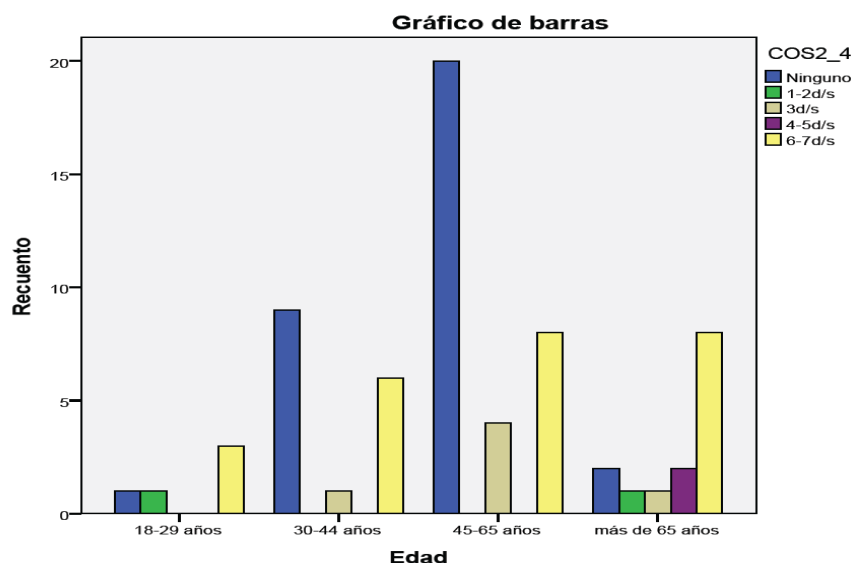
- Existen diferencias significativas entre la edad de los pacientes y la dificultad para despertarse a la hora habitual.

Tabla 15.- Comparativa edad con la capacidad de despertarse a la hora habitual.

		EDAD Y COS2_4					PRUEBAS CHI CUADRADO		MEDIDAS SIMÉTRICAS	
		COS2_4					Chi-cuadrado Pearson (X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica (P)	V de Cramer	C. de contingencia
EDAD	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s	Total				
18-29 años	1	1	0	0	3	5				
30-44 años	9	0	1	0	6	16				
45-65 años	20	0	4	0	8	32				
mas 65 años	2	1	1	2	8	14				
TOTAL	32	2	6	2	25	67	24,997	0,015	0,353	0,521

Los valores de salida del coeficiente de contingencia nos indica que, en general, a medida que se envejece aumentan las dificultades para despertarse a la hora habitual.

Grafico 1.- Edad y capacidad de despertar a la hora habitual.



La Tabla de contingencia y el grafico muestran como las personas de más de 65 años tienen más problemas que el resto para despertarse a la hora prevista y una tendencia clara a que este constituya un problema crónico.

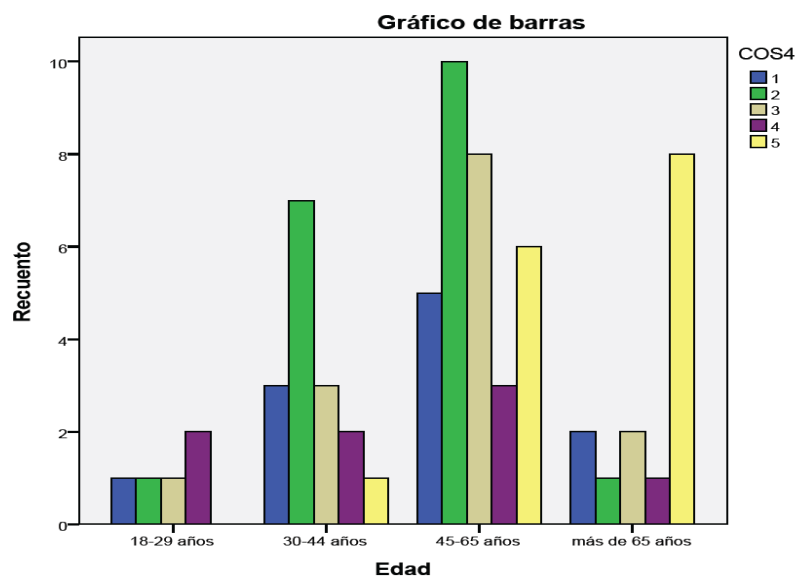
- Existen diferencias significativas entre la edad de los pacientes y el número de veces que se despiertan por la noche (Sig. 0,089).

Tabla 16.- Comparativa edad y el número de veces que se despiertan por la noche.

		EDAD Y COS 4									
		COS 4					PRUEBAS CHI CUADRADO		MEDIDAS SIMÉTRICAS		
		1	2	3	4	5	Total				
EDAD	18-29 años	1	1	1	2	0	5	Chi-cuadrado Pearson ( X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica ( P )	V de Cramer	C. de contingencia
	30-44 años	3	7	3	2	1	16				
	45-65 años	5	10	8	3	6	32				
	mas 65 años	2	1	2	1	8	14				
TOTAL	11	19	14	8	15	67	18,978	0,089	0,307	0,47	

Los valores de salida del coeficiente de contingencia también nos indica que, en general, a medida que se envejece es mayor el número de veces que un paciente se despertará durante la noche.

Grafico 2.- Edad y número de veces que se despiertan por la noche.



La Tabla de contingencia y el grafico muestran como este problema es pequeño hasta la edad de 29 años, que aumenta a medida que se envejece aumentando no sólo el número de casos sino también el número de veces que se despiertan por la noche y que prácticamente es algo habitual en las personas mayores de 65 años.

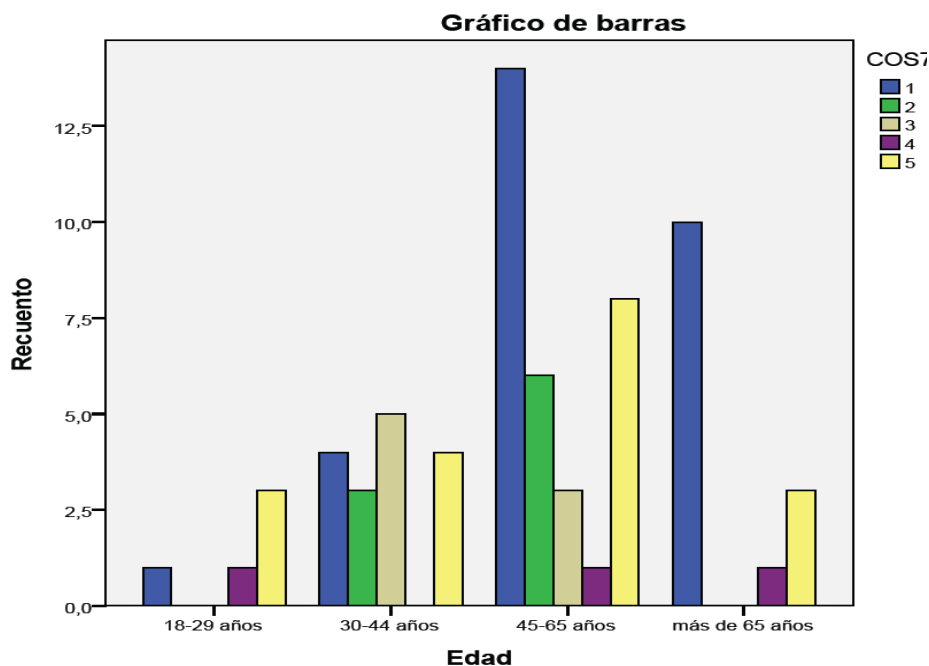
- Existen diferencias significativas entre la edad de los pacientes y el número de días a la semana en los que está preocupado o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior (sig 0,044).

Tabla 17.- Edad y preocupación sociolaboral.

		EDAD Y COS 7					PRUEBAS CHI CUADRADO				MEDIDAS SIMÉTRICAS	
		COS 7										
		1	2	3	4	5	Total					
EDAD	18-29 años	1	0	0	1	3	5	Chi-cuadrado Pearson ( $X^2$ )	Sig.asintótica ( P )	V de Cramer	C. de contingencia	
	30-44 años	4	3	5	0	4	16					
	45-65 años	14	6	3	1	8	32					
	mas 65 años	10	0	0	1	3	14					
TOTAL	29	9	8	3	18	67	21,449	0,044	0,327	0,492		

Los resultados nos permiten observar que al contrario que en los casos anteriores, la preocupación es menor a medida que aumenta la edad. Las personas mayores de 65 años son los que muestran menor preocupación.

Grafico 3.- Edad y preocupación sociolaboral.



La Tabla de contingencia y el grafico muestran como para los más jóvenes constituye un verdadero problema que no disminuye con la edad adulta pero que deja de ser tan preocupante cuando ya no se está en el mercado laboral.

- Existen diferencias significativas entre el sexo de los pacientes y el número de días a la semana en el que se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche (0,013).

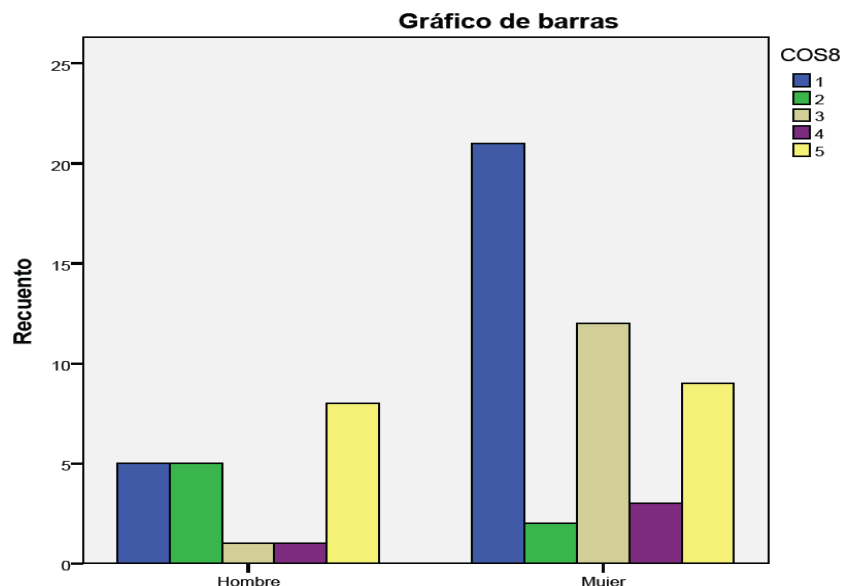
Tabla 18.- Sexo y excesiva somnolencia diurna.

		SEXO Y COS 8					PRUEBAS CHI CUADRADO		MEDIDAS SIMÉTRICAS		
		COS 8									
SEXO		1	2	3	4	5	Total	Chi-cuadrado Pearson ( X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica ( P )	V de Cramer	C. de contingencia
	Hombre	5	5	1	1	8	20				
	Mujer	21	2	12	3	9	47				
	TOTAL	26	7	13	4	17	67	12,676	0,013	0,435	0,399



La Tabla de contingencia y el grafico muestran como esta circunstancia es más habitual en los hombres que en las mujeres cuando se cronifica.

Gráfico 4.- Sexo y excesiva somnolencia diurna.



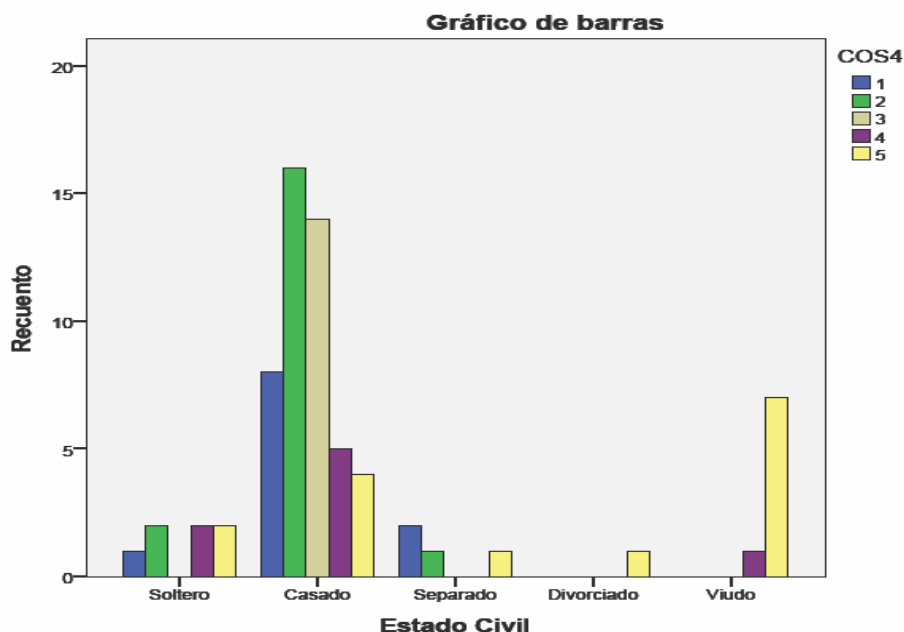
- Existen diferencias significativas entre el estado civil de los pacientes y el número de veces que se despiertan por la noche (sig 0,089).

Tabla 19.- Estado civil y despertares nocturnos.

		ESTADO CIVIL Y COS 4					PRUEBAS CHI CUADRADO		MEDIDAS SIMÉTRICAS		
		COS 4									
		1	2	3	4	5	Total				
ESTADO CIVIL Y COS 4	Soltero	1	2	0	2	2	7	Chi-cuadrado Pearson ( $X^2$ )	Sig.asintótica (P)	V de Cramer	C. de contingencia
	Casado	8	16	14	5	4	47				
	Separado	2	1	0	0	1	4				
	Divorciado	0	0	0	0	1	1				
	Viudo	0	0	0	1	7	8				
TOTAL		11	19	14	8	15	67	37,618	0,002	0,375	0,6

La Tabla de contingencia y el grafico muestran como esta circunstancia es más habitual en los casados y viudos, sobre todo en estos últimos.

Grafico 5.- Estado civil y despertares nocturnos.



## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

### 2.1 Resultado del análisis de la contingencia entre las variables identificativas con el Insomnio e Hipersomnio.

En este apartado trato de establecer si existen posibles causa–efecto entre Insomnio e Hipersomnio y las variables edad, sexo, estado civil y la situación laboral.

Tabla 20.- Análisis de contingencia.

	Edad	Sexo	Estado Civil	Sit. Laboral
Insomnio	Si	No	No	No
Hiperinsomnio	No	No	No	No

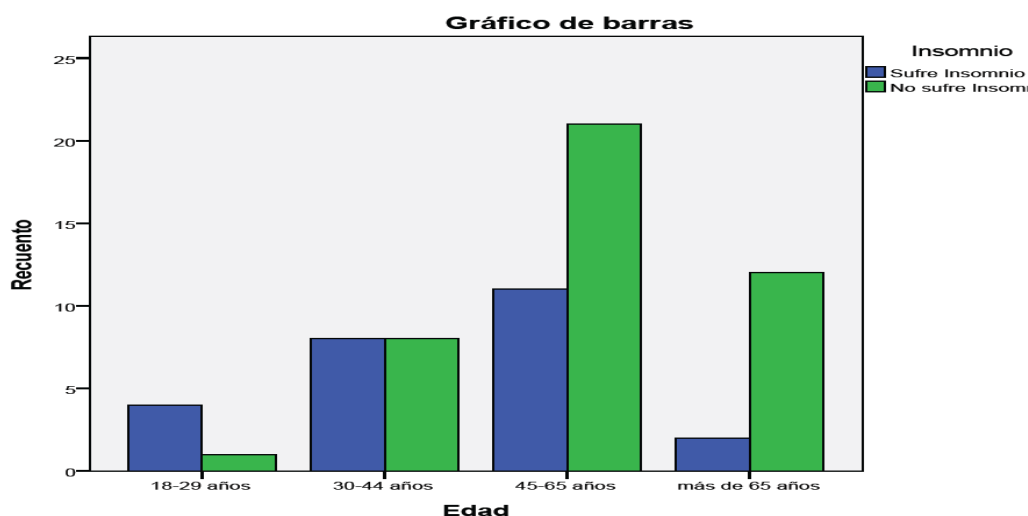
El resultado del análisis de contingencia nos indica que no se aprecia causa-efecto en la mayoría de los casos. Solo se aprecia contingencia entre Insomnio y la Edad. (Sig. 0,040)

Tabla 21.- Edad e insomnio

		EDAD E INSOMNIO					PRUEBAS CHI CUADRADO		MEDIDAS SIMÉTRICAS	
		EDAD								
		18-29 años	30-44 años	45-65 años	mas 65 años	Total				
INSOMNIO	SUFRE INSOMNIO	Recuento	4	8	11	2				
		% dentro de insomnio	16%	32%	44%	8%				
	NO SUFRE INSOMNIO	Recuento	1	8	21	12	Chi-cuadrado Pearson (X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica (P)	V de Cramer	C. de contingencia
		% dentro de insomnio	2,40%	19%	50%	28,60%				
TOTAL		% dentro de la edad	80%	50%	34,40%	14,30%				
		% dentro de la edad	20%	50%	65,60%	85,70%				
		Recuento	5	16	32	14				
		% dentro de insomnio	7,50%	23,90%	47,80%	20,90%				
		% dentro de la edad	100%	100%	100%	100%	8,288	0,04	0,352	0,332

Si los datos obtenidos para el diagnóstico del insomnio nos aportaban que sólo un 37% (Tabla 9) de los enfermos depresivos padecía este trastorno, los datos de la tabla de contingencia y el gráfico de barras que exponemos a continuación dejan entrever que al comparar **este problema es mayor en los más jóvenes, disminuyendo de manera importante en los mayores de 65 años.**

Gráfico 6.- Edad e insomnio.



Puesto que la muestra de enfermos con hiperinsomnio es muy escasa para establecer fenómenos de contingencia, no se puede descartar que exista tal contingencia y que, al contrario que el insomnio, afecte a las personas mayores de 65 años.

## 2.2 Conocer si existe relación entre los trastornos del sueño y la toma de remedios que mejoran el sueño.

### 2.2.1 Relación Insomnio y la toma de alguna ayuda para dormir.

En este subapartado tratamos de establecer si existen posibles causa–efecto entre la toma de medicamentos y el insomnio de los pacientes .

Tabla 22.- Insomnio y ayudas para dormir.

		INSOMNIO Y AYUDAS PARA DORMIR					PRUEBAS CHI CUADRADO	
		AYUDA PARA DORMIR						
		No toma	Medicación	Remedios naturales	Medicación y remedios naturales	Total		
INSOMNIO	SUFRE INSOMNIO	Recuento 7	12	4	2	25		
	% dentro de insomnio	28%	48%	16%	8%	100%		
	% dentro de las ayudas para dormir	30,4%	37,5%	57,10%	40,00%	37,3%	Chi-cuadrado Pearson (X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica ( P )
	Recuento	16	20	3	3	42		
	NO SUFRE INSOMNIO	% dentro de insomnio	38,10%	47,6%	7,1%	7,10%		
	% dentro de las ayudas para dormir	69,6%	62,5%	42,90%	60,00%	62,7%		
TOTAL	Recuento	23	32	7	5	67		
	% dentro de insomnio	34,30%	47,80%	10,40%	7,50%	100%		
	% dentro de las ayudas para dormir	100%	100%	100%	100%	100%	1,658	0,646

Los resultados no indican que **no aparece significación estadística** entre estas dos variables (Sig 0,646). En cualquier caso, el resultado es el esperado pues el

insomnio es un trastorno asociado a la depresión y por tanto se puede esperar una mejora pero no la desaparición del trastorno.

### 2.2.2 Relación Hiperinsomnio y la toma de alguna ayuda para dormir.

En este subapartado trato de establecer si existen posibles causa–efecto entre la toma de medicamentos y el hiperinsomnio de los pacientes

Tabla 23.-Hipersomnio y ayudas para dormir.

		HIPERSOMNIO Y AYUDAS PARA DORMIR					PRUEBAS CHI CUADRADO		
		AYUDA PARA DORMIR							
		No toma	Medicación	Remedios naturales	Medicación y remedios naturales	Total			
HIPERSOMNIO	SUFRE HIPERSOMNIO	Recuento	2	3	0	0	5	Chi-cuadrado Pearson (X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica ( P )
	% dentro del hipersomnio	40%	60%	0%	0%	100%			
% dentro de las ayudas para dormir	8,7%	9,4%	0%	0%	7,5%				
NO SUFRE HIPERSOMNIO	Recuento	21	29	7	5	62			
	% dentro del hipersomnio	33,90%	46,8%	11,3%	8,10%	100%			
	% dentro de las ayudas para dormir	91,3%	90,6%	100,00%	100,00%	92,5%			
TOTAL	Recuento	23	32	7	5	67	1,188	0,756	
	% dentro de hipersomnio	34,30%	47,80%	10,40%	7,50%	100%			
	% dentro de las ayudas para dormir	100%	100%	100%	100%	100%			

Como en el caso anterior, los resultados no indican que **no aparece significación estadística** entre estas dos variables (Sig 0,756 ). En cualquier caso es un resultado esperado consecuencia de la escasa muestra obtenida tras la aplicación del cuestionario COS, no pudiéndose obtener de forma general fenómenos de contingencia.

### 2.2.3 Relación la Gravedad del Insomnio y la toma de alguna ayuda para dormir.

Por último en este subapartado, trato de establecer si existen posibles causa-efecto entre la toma de medicamentos y la gravedad del insomnio de los pacientes.

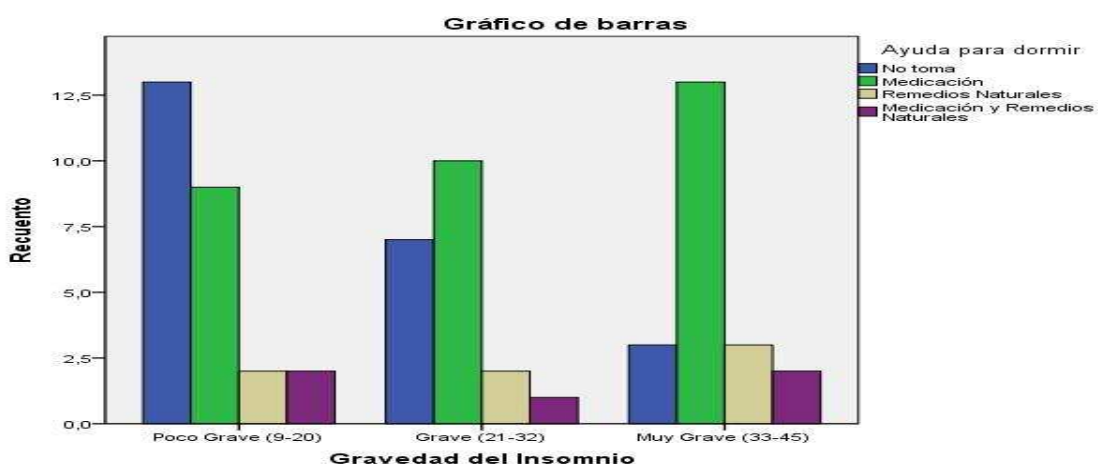
Tabla 24.-Gravedad del insomnio y ayudas para dormir.

GRAVEDAD DEL INSOMNIO Y AYUDAS PARA DORMIR								PRUEBAS CHI CUADRADO	
GRAVEDAD DEL INSOMNIO	POCO GRAVE (9-20)	Recuento	AYUDA PARA DORMIR				Total	Chi-cuadrado Pearson (X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica (P)
			No toma	Medicación	Remedios naturales	Medicación y remedios naturales			
			13	9	2	2	26		
		% dentro de la GI	50,0%	34,6%	7,7%	7,7%	100,0%		
		% dentro de las ayudas para dormir	56,5%	28,1%	28,6%	40,0%	38,8%		
		% del total	19,4%	13,4%	3,0%	3,0%	38,8%		
	GRAVE (21-32)	Recuento	7	10	2	1	20		
		% dentro de la GI	35,0%	50,0%	10,0%	5,0%	100,0%		
		% dentro de las ayudas para dormir	30,4%	31,3%	28,6%	20,0%	29,9%		
		% del total	10,4%	14,9%	3,0%	1,5%	29,9%		
	MUY GRAVE (33-45)	Recuento	3	13	3	2	21		
		% dentro de la GI	14,3%	61,9%	14,3%	9,5%	100,0%		
		% dentro de las ayudas para dormir	13,0%	40,6%	42,9%	40,0%	31,3%		
		% del total	4,5%	19,4%	4,5%	3,0%	31,3%		
TOTAL		Recuento	23	32	7	5	67		
		% dentro de la GI	34,3%	47,8%	10,4%	7,5%	100,0%		
		% dentro de las ayudas para dormir	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		
		% del total	34,3%	47,8%	10,4%	7,5%	100,0%	6,934	0,327

Como ocurrió al relacionar el insomnio y la toma de medicamentos, **tampoco aparece significación estadística** entre la gravedad del Insomnio y la citada toma de Medicamentos.

En cualquier caso, el grafico nos muestra como disminuye los pacientes que no toman ayudas en función de la gravedad.

Gráfico 7.- Gravedad del insomnio y ayudas para dormir.



Esto nos hace pensar que se podría encontrar significación agrupando las respuestas de “Toma de medicamentos” en una sola opción.

### **2.3 Conocer si existe relación entre el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral con los trastornos del sueño y la gravedad.**

#### **2.3.1 Relación con el Insomnio**

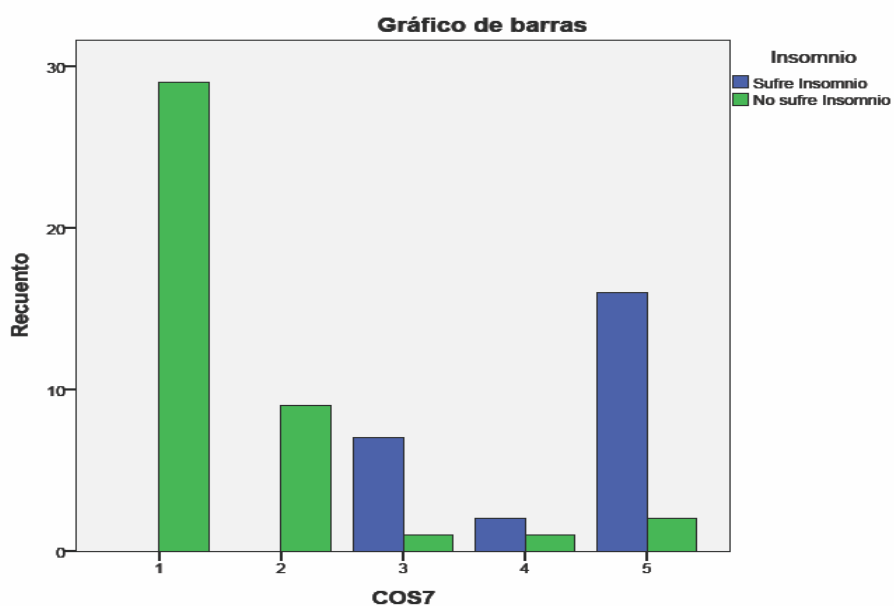
Nos datos de la tabla de contingencia muestran que existe significación entre los días de preocupación y cansancio con el Insomnio de tal manera que a **medida que se sufre el trastorno aumenta el grado de preocupación.**

Tabla 25.- COS7 y su relación con el Insomnio

COS 7 E INSOMNIO					PRUEBAS CHI CUADRADO		MEDIDAS SIMÉTRICAS		
COS 7			INSOMNIO		Total	Chi-cuadrado Pearson (X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica ( P )	V de Cramer	C. de contingencia
			Sufre insomnio	No sufre insomnio					
1	Recuento		0	29	29				
	% dentro del COS 7		0,0%	100,0%	100,0%				
	% dentro de insomnio		0,0%	69,0%	43,3%				
2	Recuento		0	9	9				
	% dentro del COS 7		0,0%	100,0%	100,0%				
	% dentro de insomnio		0,0%	21,4%	13,4%				
3	Recuento		7	1	8				
	% dentro del COS 7		87,5%	12,5%	100,0%				
	% dentro de insomnio		28,0%	2,4%	11,9%				
4	Recuento		2	1	3				
	% dentro del COS 7		66,7%	33,3%	100,0%				
	% dentro de insomnio		8,0%	2,4%	4,5%				
5	Recuento		16	2	18				
	% dentro del COS 7		88,9%	11,1%	100,0%				
	% dentro de insomnio		64,0%	4,8%	26,9%				
TOTAL	Recuento		25	42	67	52,809	0,000	0,888	0,664
	% dentro del COS 7		37,3%	62,7%	100,0%				
	% dentro de insomnio		100,0%	100,0%	100,0%				



Gráfico 8.- COS7 y su relación con el Insomnio



### 2.3.2 Relación con el Hiperinsomnio

Los datos muestran que **no hay significación** entre los días de preocupación y cansancio con el Hiperinsomnio. En cualquier caso como hemos mencionado con anterioridad, por el escaso número de individuos que señalan padecer este trastorno no debe sacarse conclusiones definitivas

Tabla 26.- COS7 y su relación con el Hiperinsomnio.

		COS 7 E HIPERSOMNIO			PRUEBAS CHI CUADRADO	
		HIPERSOMNIO		Total	Chi-cuadrado Pearson ( $X^2$ )	Sig.asintótica ( P )
		Sufre hipersomnio	No sufre hipersomnio			
COS 7	1	Recuento	3	26	29	
		% dentro del COS 7	10,3%	89,7%	100,0%	
		% dentro del hipersomnio	60,0%	41,9%	43,3%	
2	Recuento	1	8	9		
		% dentro del COS 7	11,1%	88,9%	100,0%	
		% dentro del hipersomnio	20,0%	12,9%	13,4%	
3	Recuento	0	8	8		
		% dentro del COS 7	0,0%	100,0%	100,0%	

		% dentro del hipersomnio	0,0%	12,9%	11,9%		
4		Recuento	0	1	3		
		% dentro del COS 7	0,0%	100,0%	100,0%		
		% dentro del hipersomnio	0,0%	4,8%	4,5%		
5		Recuento	1	17	18		
		% dentro del COS 7	5,6%	94,4%	100,0%		
		% dentro del hipersomnio	20,0%	27,4%	26,9%		
TOTAL		Recuento	5	62	67		
		% dentro del COS 7	7,5%	92,5%	100,0%		
		% dentro del hipersomnio	100,0%	100,0%	100,0%	1,504	0,826

### 2.3.3 Relación con la gravedad del insomnio (GI)

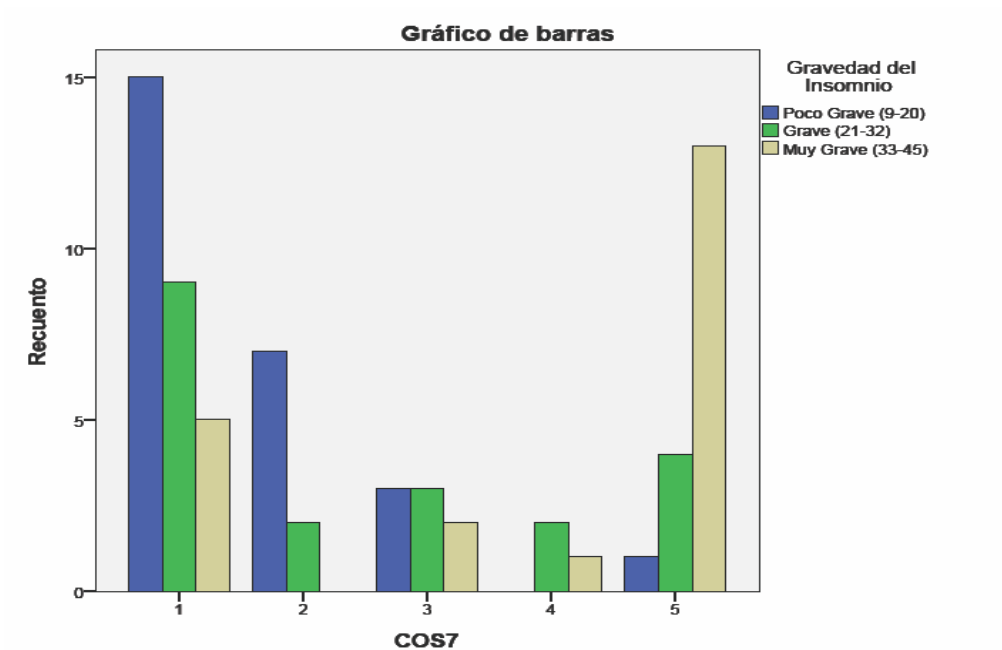
Como en el apartado referente al insomnio, los datos de la tabla de contingencia muestran que existe significación entre los días de preocupación y cansancio con la gravedad del Insomnio. **El grado de preocupación suele aumentar en función de la gravedad.**

Tabla 27.- COS7 y su relación con la GI

		COS 7 Y GRAVEDAD DEL INSOMNIO				PRUEBAS CHI CUADRADO		MEDIDAS SIMÉTRICAS	
		GRAVEDAD DEL INSOMNIO				Chi-cuadrado Pearson ( X <sup>2</sup> )	Sig.asintótica ( P )	V de Cramer	C. de contingencia
		Poco Grave (9-20)	Grave (21-32)	Muy Grave (33-45)	Total				
COS 7	1	Recuento	15	9	5	29			
		% dentro del COS 7	51,7%	31,0%	17,2%	100,0%			
		% dentro de G.I.	57,7%	45,0%	23,8%	43,3%			
	2	Recuento	7	2	0	9			
		% dentro del COS 7	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%			
		% dentro de G.I.	26,9%	10,0%	0,0%	13,4%			
	3	Recuento	3	3	2	8			
		% dentro del COS 7	37,5%	37,5%	25,0%	100,0%			

	% dentro de G.I.	11,5%	15,0%	9,5%	11,9%				
4	Recuento	0	2	1	3				
	% dentro del COS 7	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%				
	% dentro de G.I.	0,0%	10,0%	4,8%	4,5%				
5	Recuento	1	4	13	18				
	% dentro del COS 7	5,6%	22,2%	72,2%	100,0%				
	% dentro de G.I.	3,8%	20,0%	61,9%	26,9%				
TOTAL	Recuento	26	20	21	67				
	% dentro del COS 7	38,8%	29,9%	31,3%	100,0%				
	% dentro de G.I.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	27,489	0,001	0,453	0,539

Gráfico 9.- COS7 y GI



**2.4 Conocer si existe relación entre el grado de satisfacción con el sueño y el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral.**

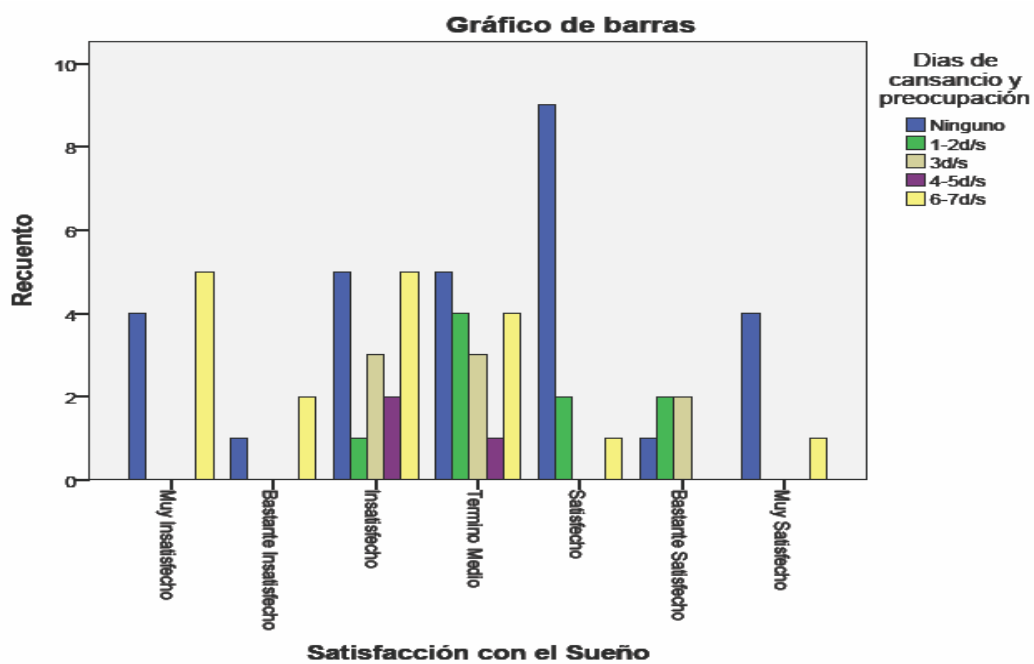
Si dormimos se supone que descansamos. En consecuencia y como era lógico esperar, existe significación entre los días de preocupación y cansancio con la satisfacción con el sueño, de forma que **las preocupaciones decrecen conforme mejor se duerme.**

Tabla 28.- COS1 y su relación con COS7

		SATISFACCIÓN CON EL SUEÑO Y DÍAS DE CANSANCIO Y PREOCUPACIÓN						
		DÍAS DE CANSANCIO Y PREOCUPACIÓN					Total	
Satisfacción con el sueño		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s		
Muy Insatisfecho	Recuento	4	0	0	0	5	9	
	Frecuencia esperada	3,9	1,2	1,1	0,4	2,4	9	
	% dentro de Satisfacción con el sueño	44,4%	0,0%	0,0%	0,0%	55,6%	100,0%	
	% dentro de Días de cansancio y preocupación	13,8%	0,0%	0,0%	0,0%	27,8%	13,4%	
	Bastante Insatisfecho	Recuento	1	0	0	0	2	3
		Frecuencia esperada	1,3	0,4	0,4	0,1	0,8	3
		% dentro de Satisfacción con el sueño	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%
		% dentro de Días de cansancio y preocupación	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	4,5%
	Insatisfecho	Recuento	5	1	3	2	5	16
		Frecuencia esperada	6,9	2,1	1,9	0,7	4,3	16
		% dentro de Satisfacción con el sueño	31,3%	6,3%	18,8%	12,5%	31,3%	100,0%
		% dentro de Días de cansancio y preocupación	17,2%	11,1%	37,5%	66,7%	27,8%	23,9%
Término Medio	Recuento	5	4	3	1	4	17	
	Frecuencia esperada	7,4	2,3	2	0,8	4,6	17	

	% dentro de Satisfacción con el sueño	29,4%	23,5%	17,6%	5,9%	23,5%	100,0%
	% dentro de Días de cansancio y preocupación	17,2%	44,4%	37,5%	33,3%	22,2%	25,4%
Satisfecho	Recuento	9	2	0	0	1	12
	Frecuencia esperada	5,2	1,6	1,4	0,5	3,2	12
	% dentro de Satisfacción con el sueño	75,0%	16,7%	0,0%	0,0%	8,3%	100,0%
	% dentro de Días de cansancio y preocupación	31,0%	22,2%	0,0%	0,0%	5,6%	17,9%
Bastante Satisfecho	Recuento	1	2	2	0	0	5
	Frecuencia esperada	2,2	0,7	0,6	0,2	1,3	5
	% dentro de Satisfacción con el sueño	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Días de cansancio y preocupación	3,4%	22,2%	25,0%	0,0%	0,0%	7,5%
Chi-cuadrado Pearson ( X <sup>2</sup> )							32,662
Sig.asintótica ( P )							0,111

Gráfico 10.- COS1 y su relación con COS7



**2.5 Conocer si existe relación entre el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral y la toma de fármacos o cualquier otro remedio para ayudar a dormir.**

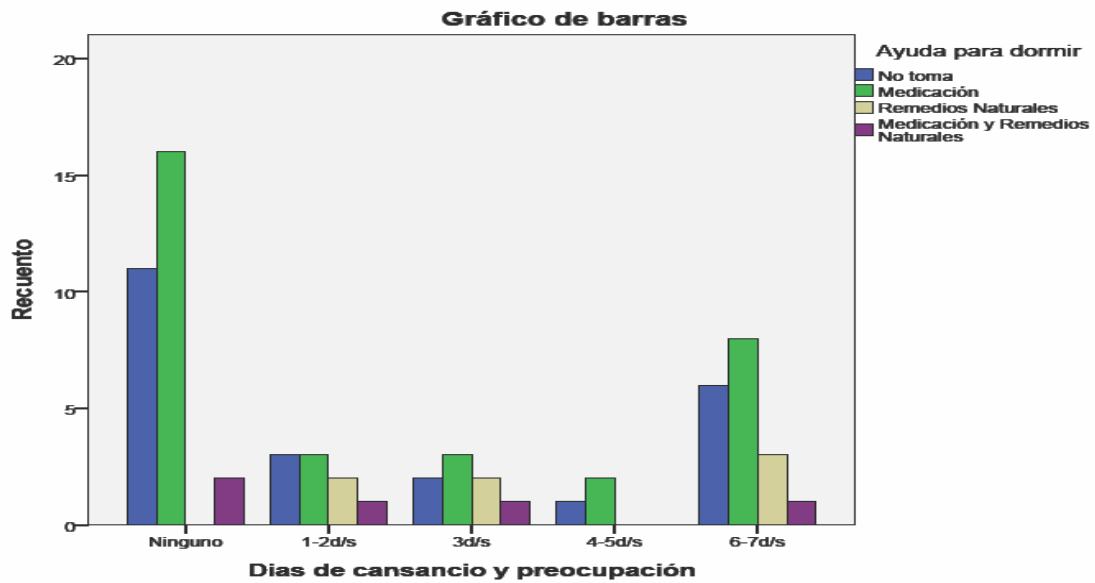
Como ya ocurriera en los intentos de relación de la toma de medicamentos con el insomnio, su gravedad y con el hiperinsomnio, los datos confirman que tampoco existe significación entre los días de preocupación y cansancio y la utilización de ayuda para dormir.

Tabla 29.- COS7 y la toma de fármacos o cualquier otro remedio para ayudar a dormir.

		DÍAS DE CANSANCIO Y PREOCUPACIÓN Y AYUDA PARA DORMIR					Total	
		AYUDA PARA DORMIR				Total		
			No toma	Medicación	Remedios Naturales		Medicación y Remedios Naturales	
DÍAS DE CANSANCIO Y PREOCUPACIÓN	Ninguno	Recuento	11	16	0	2	29	
		Frecuencia esperada	10	13,9	3	2,2	29	
		% dentro de Días de cansancio y preocupación	37,9%	55,2%	0,0%	6,9%	100,0%	
	1-2 d/s	Ayuda para dormir	% dentro de	47,8%	50,0%	0,0%	1,0%	9,0%
			Recuento	3	3	2	1	9
			Frecuencia esperada	3,1	4,3	0,9	0,7	9
	3 d/s	Ayuda para dormir	% dentro de Días de cansancio y preocupación	33,3%	33,3%	22,2%	11,1%	100,0%
			% dentro de	13,0%	9,4%	28,6%	20,0%	13,4%
			Recuento	2	3	2	1	8
	4-5 d/s	Ayuda para dormir	Frecuencia esperada	2,7	3,8	0,8	0,6	8
			% dentro de Días de cansancio y preocupación	25,0%	37,5%	25,0%	12,5%	100,0%
			% dentro de	8,7%	9,4%	28,6%	20,0%	11,9%
		Recuento	1	2	0	0	3	

	Frecuencia esperada	1	1,4	0,3	0,2	3
	% dentro de Días de cansancio y preocupación	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de Ayuda para dormir	4,3%	6,3%	0,0%	0,0%	4,5%
6-7 d/s	Recuento	6	8	3	1	18
	Frecuencia esperada	6,2	8,6	1,9	1,3	18
	% dentro de Días de cansancio y preocupación	33,3%	44,4%	16,7%	5,6%	100,0%
	% dentro de Ayuda para dormir	26,1%	25,0%	42,9%	20,0%	26,9%
TOTAL	Recuento	23	32	7	5	67
	Frecuencia esperada	23	32	7	5	67
	% dentro de Días de cansancio y preocupación	34,3%	47,8%	10,4%	7,5%	100,0%
	% dentro de Ayuda para dormir	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chi-cuadrado Pearson ( X2 )						9,071
Sig.asintótica ( P )						0,697

Gráfico 11.- COS7 y la toma de fármacos o cualquier otro remedio para ayudar a dormir.



Parece razonable intentar encontrar significación agrupando respuestas en la Toma de medicamentos.



## **VI. DISCUSIÓN**

### ***Limitaciones del estudio***

En este trabajo se ha contado con una enorme limitación que es el escaso tiempo de estudio y por tanto la falta de pacientes incluidos en él. Este número insuficiente para obtener resultados totalmente válidos presenta la necesidad de completar la investigación ampliando la información de los trastornos del sueño en personas depresivas con un nuevo proyecto más ambicioso.

### ***Descripción de la población***

Los sujetos participantes fueron un total de 67 pacientes, 20 son hombres y 47 son mujeres mayores de 18 años. Todos acudieron a la oficina de farmacia ubicada en la pedanía murciana de Sangonera la Verde durante los dos meses que duró el estudio. Observamos entonces que predomina un 70% de mujeres que sufren episodios depresivos frente a un 30% de hombres que lo padecen, este porcentaje encontrado en mujeres es respaldado por numerosos estudios, entre ellos el realizado por Belló M y col<sup>2</sup>. que afirman que el diagnóstico de la depresión es mayor en el sexo femenino que en el masculino. La edad que predomina en el estudio es de 45 a 60 años, ya que son los clientes habituales de la farmacia, son pacientes en su mayoría en situación de actividad laboral en un 30% de los casos, o amas de casa en un el 33%, el 73% de los participantes en el estudio son personas casadas.

### ***Tablas de frecuencia y descripción de resultados de las diferentes preguntas del cuestionario COS.***

En los enfermos depresivos sometidos al estudio encontramos una alta tasa de insatisfacción con el sueño, el 67,2% lo tasan en un escaso grado de término medio de satisfacción. Si comparamos estas cifras con los estudios de las dificultades del sueño que avalan que en el caso de los pacientes deprimidos las tasas de prevalencia de insatisfacción con el sueño son más altas del 30% según Bobes et al<sup>1</sup>, 1998. y que según estudios de M.C. Cano-Lozano et al<sup>6</sup> aproximadamente el 80% de los pacientes con depresión se quejan de un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad de su sueño encontramos que nuestros resultados son parecidos.

Los estudios de M.C. Cano-Lozano et al<sup>6</sup>. muestran también que lo más habitual son los problemas para iniciar y mantener el sueño. Nosotros hemos encontrado que un 50,7% tarda más de 30 minutos en dormir una vez que lo intentaba. Un 26,9% tarda más de una hora. Más del 50% admite levantarse al menos dos veces durante el descanso nocturno, siendo en un 50% de los casos el motivo la necesidad de orinar, y encontrándose muy separado del siguiente motivo que solo se da en un 11,9% de los casos y que es la ansiedad.

Parece razonable pensar que el despertar precoz es una de las causas de la insatisfacción del sueño, ya que solamente el 53,7% de los casos estudiados se despierta a la hora habitual y tan sólo un 11.9% se levanta como máximo media hora antes de lo pretendido, lo que deja una tasa del 34.4% de las personas del estudio con un despertar precoz de una hora o mas.

Por tanto, la eficiencia del sueño es del 60% o menor en un 23,9% de los casos, y es menor del 80% en un 58,2% de los casos, entendiendo eficiencia del sueño como el cociente entre las horas dormidas y las horas en cama.

Los estudios anteriores advierten que el individuo diagnosticado con depresión se enfrenta a las consecuencias individuales de la depresión, los estudios realizados en Reino Unido por Kina y en Estados Unidos por Berto et al<sup>10</sup> indican que esta enfermedad lleva asociados altos costes tanto directos, derivados del tratamiento, como indirectos por los días de baja laboral y la mortalidad prematura. Así, hasta un 56,7% de los pacientes se manifiestan preocupados por el cansancio acumulado o por su funcionamiento sociolaboral al menos un día a la semana, y de este porcentaje, un 26,9% tienen esta preocupación todos los días, lo cual, es una consecuencia tanto de la depresión como de los trastornos que la acompañan.

Según la revisión de las alteraciones del sueño en la depresión de M.C. Cano-Lozano et al<sup>6</sup> el insomnio es la alteración del sueño que se asocia de forma más frecuente a un episodio depresivo mayor, aunque en determinados pacientes depresivos se presenta un exceso de sueño o hipersomnio que se manifiesta en forma de episodios de sueño nocturno prolongado o de un aumento del sueño diurno.

En este estudio hemos basado la existencia de insomnio e hipersomnio en la información recogida según los criterios diagnósticos CIE-10.

Con estos datos, encontramos que un 37.3% de los participantes sufre insomnio, de este porcentaje llama la atención que el 46,3% de los casos afirman no conseguir un sueño reparador ningún día de la semana y casi un 40% tiene problemas siempre para conciliar el sueño, permanecer dormido o despertar a la hora habitual.

Como ya anticipaban los estudios anteriores, el hipersomnio solamente afecta a un 7,5% de los enfermos, y, con respecto a parasomnias y trastornos orgánicos del

sueño se aprecia la repetición durante todos los días de ronquidos en un 35,8% de los casos, pesadillas en un 29,9% y movimientos de piernas en el 26,9% de los pacientes del estudio.

Para concluir, con respecto al uso de ayudas para dormir, alrededor de un 65% de los pacientes requieren estas ayudas, un 50% las toma a diario y tan solo un 10,4% de ellos toma únicamente remedios naturales, datos que indican un porcentaje del 55,3% de pacientes que toma fármacos para ayudar en su descanso nocturno.

### ***Análisis de la contingencia entre las variables identificativas y la respuesta a las diferentes preguntas del cuestionario.***

Según los estudios de F. Sarrais, P. de Castro Manglano del insomnio <sup>18</sup>, con la edad la estructura y el tiempo del sueño varían, se pasa de dormir aproximadamente 18 horas en un bebe a alrededor de 6,5 horas en el anciano, de forma que en el recién nacido la fase REM es más de un 50% del tiempo total del sueño, mientras que en el anciano ocupa tan sólo un 20%, así de la tercera a la sexta década de la vida se produce una disminución gradual de la calidad del sueño, que se vuelve más fragmentado y superficial.

En los análisis de contingencia que estudiamos, se demuestra que a medida que se avanza en la edad la dificultad para despertar a la hora habitual también aumenta, mientras que en los mayores de 30 años se observa una tendencia a despertar antes de la hora como media una vez a la semana, estos datos aumentan a medida que se envejece acentuándose el problema hasta convertirse en algo diario en personas con edad superior a los 65 años. También aumenta con la edad el número de pacientes que despiertan por la noche y el número de veces que lo hace, convirtiéndose en un problema habitual a partir de los 29 años, si hablamos otra vez de los mayores de 65 años aumenta el problema tanto en cantidad de casos como en número de veces que despiertan en la misma noche.

Otro dato significativo es que al contrario que en los apartados anteriores, las personas mayores de 65 años no muestran preocupación o cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior, debido, probablemente a que están fuera del mercado laboral, la preocupación es alta cuando hablamos de edades tempranas y aumenta con la edad hasta los 65 años que baja rápidamente.

Si observamos el número de días a la semana que una persona se siente demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche los datos muestran como esta circunstancia es más habitual en

los hombres que en las mujeres cuando se cronifica, aunque aparecen casos en ambos sexos.

Con respecto al estado civil de los pacientes y el número de despertares nocturnos, observamos que esta circunstancia es más habitual en casados y viudos, sobre todo en éstos últimos, para los que además esta circunstancia representa un problema crónico.

### ***Resultado del análisis de la contingencia entre las variables identificativas con el Insomnio e Hipersomnio.***

Buscamos posibles relaciones causa–efecto entre Insomnio e Hipersomnio y las variables edad, sexo, estado civil y la situación laboral.

Según los análisis de contingencia solamente se observa esta relación entre la edad y el insomnio, en este estudio, comprobamos que el insomnio, según los criterios diagnósticos CIE-10, es un problema que aparece mas en la juventud, y que comienza a disminuir a partir de los 45 años, sufriendo un claro descenso cuando cruzamos la barrera de los 65 años.

Con respecto al hipersomnio, no se puede descartar la aparición de fenómenos de contingencia al abarcar una muestra de población más amplia, no existen datos suficientes para dar respuesta al objetivo planteado.

### ***Conocer si existe relación entre los trastornos del sueño y la toma de remedios que mejoran el sueño.***

No existe significación estadística entre el insomnio y la toma de remedios para ayudar a dormir, tampoco encontramos relación entre el hiperinsomnio y esta costumbre, tal vez esto sea debido otra vez al escaso número de pacientes participantes en la investigación o, quizás, sea la patología depresiva, que sería la causa de los trastornos del sueño, produciendo que ni el insomnio ni el hiperinsomnio desaparecieran con la ayuda de remedios para mejorar el sueño, bien sean ayudas farmacológicas o de tipo natural, debido a que estamos tratando la sintomatología y no la causa del problema.

Este dato es mencionado por F. Sarraís et al<sup>18</sup> en su trabajo The insomnia, de la Clínica Universitaria de Navarra. En este trabajo se estima que de un 10% a un 15 % de la población adulta padece insomnio crónico y que la prevalencia del insomnio como síntoma de alguna enfermedad contando que un 50% de los adultos sufren insomnio en algún momento de la vida y que un 25-35 % ha padecido insomnio

ocasional o transitorio acompañando al estrés de situaciones vitales, estos porcentajes resultan elevados ya que la depresión tiene una prevalencia del 17%<sup>5</sup>. Además F. Sarrais et al<sup>18</sup> concluyen que en la mayoría de los casos, el insomnio es un síntoma de un trastorno subyacente más que una enfermedad en sí misma y que a la hora de tratarlo se debe actuar sobre la causa y no sólo sintomáticamente.

Cuando buscamos relaciones entre la gravedad del insomnio y la administración de ayudas para dormir, tampoco aparece significación estadística, pero, si observamos los datos gráficamente, se pone de manifiesto un aumento de la toma de ayudas para mejorar el sueño al aumentar la gravedad del insomnio, y al contrario, un descenso en la administración de estas ayudas cuando se observa una menor escala de gravedad del insomnio, con estos datos, deberíamos volver a plantear la necesidad de un estudio mas amplio que abarque una muestra de pacientes mayor que la realizada, buscando así, la esperada significación estadística de el objetivo planteado.

***Conocer si existe relación entre el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral con los trastornos del sueño y la gravedad.***

Los datos muestran que los días de preocupación y cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral aumentan a medida que se sufre insomnio, este grado de preocupación aumenta también cuando es mayor la escala de gravedad del insomnio, siendo una preocupación muy alta cuando la escala de gravedad del insomnio llega a muy grave.

El escaso número de individuos que señalan padecer hipersomnio debe ser la causa de la ausencia de significación entre este trastorno y la preocupación y cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral, por ello, no deben sacarse conclusiones definitivas con este tamaño de muestra.

***Conocer si existe relación entre el grado de satisfacción con el sueño y el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral.***

El estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral decrece cuanto mejor se duerme, así, aquellos pacientes que no muestran preocupación se muestran satisfechos, bastante satisfechos o muy satisfechos cuando se refieren a su sueño.

Según Mahowald MW en su trabajo Disorders of sleep<sup>12</sup>, la falta de sueño reparador puede afectar a la capacidad para llevar a cabo las responsabilidades diarias, bien porque se está demasiado cansado o porque aparecen problemas de concentración. El insomnio puede llevar a somnolencia diurna, mala concentración e incapacidad para sentir recuperación y descanso al día siguiente.

***Conocer si existe relación entre el estado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral y la toma de fármacos o cualquier otro remedio para ayudar a dormir.***

No existe significación estadística entre los días de preocupación y cansancio y la utilización de ayuda para dormir, esta relación sería razonable que apareciera, tal vez se habría encontrado al comparar directamente los días de preocupación y cansancio y la utilización de fármacos, ya que la muestra habría resultado mas significativa.

## VII. CONCLUSIONES

Como conclusiones generales destacamos

1. Las mujeres sufren mayor porcentaje de trastornos depresivos que los hombres, además la edad en la que más se encuentra esta patología es entre los 45 y 60 años en pacientes casados. Los enfermos depresivos de Sangonera no están contentos con su sueño (67%), la mitad tarda mucho en dormirse (30 minutos o más) y se despiertan por término medio 2 veces durante la noche. La necesidad de orinar, seguido por las pesadillas, es el trastorno orgánico más común. La mitad de los enfermos encuestados se despiertan a la hora habitual y la eficiencia del sueño es del 60% o menos solo en un 23,9% de los casos.
2. A medida que aumenta la edad del enfermo también lo hace el número de veces que se despertará de noche y mayor será su dificultad para despertarse a la hora habitual por la mañana, sin embargo su preocupación por la vigilia será menor que la de los más jóvenes. Los enfermos varones en general tienen mayor grado de somnolencia que las mujeres. Los enfermos casado/as y viudo/as son los que más se despiertan por la noche. Aunque se muestran preocupados por no lograr un sueño reparador y por el cansancio acumulado o su rendimiento sociolaboral, los datos confirman que un escaso 37,3% de los enfermos depresivos sufren insomnio y sólo un 5% hiperinsomnio. El 36% de los enfermos no requiere de ayudas para dormir, siendo, cuando se utilizan ayudas, los fármacos la más utilizada.
3. El insomnio es mayor en los jóvenes, y disminuye de forma importante en los mayores de 65 años.
4. A medida que se sufre insomnio, aumenta el grado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral. No existen conclusiones definitivas para el hipersomnio y dicha variable. Se comprueba también que el grado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral suele aumentar en función de la gravedad del insomnio.
5. El grado de preocupación, cansancio o disminución del funcionamiento sociolaboral decrece conforme mejor se duerme.
6. No se puede establecer relación entre los días de preocupación y cansancio y la utilización de ayuda para dormir.





## VIII. BIBLIOGRAFÍA

### Referencias Bibliográficas

1. Bascarán Fernández MT, Iglesias Alvarez C, Sáiz Martínez PA, González García Portilla MA, Bobes García J, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario oviedo de sueño. *Psicothema*, ISSN 0214-9915, Vol. 12, Nº. 1, 2000 , págs. 107-112
2. Belló M, Puentes Rosas E, Medina Mora ME, Lozano R, Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta de Mexico. *Salud pública de Mexico* vol.47. 2005.
3. Benca RM. Diagnosis and treatment of chronic Insomnia: A review. *Psychiatric Serv* 2005; 56: 332-343.
4. Buysse DJ, Kupfer DJ. Diagnostic and research applications of electroencephalographic sleep studies in depression: conceptual and methodologic issues. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178: 405-14.
5. Buysse DJ, Frank E, Lowe KK, Cherry CR, Kupfer DJ. Electroencephalographic sleep correlates of episode and vulnerability to recurrence in depression. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 406-18.
6. Cano-Lozano MC, Espinosa-Fernández L, Miró E, Buela-Casal G. Una revisión de las alteraciones del sueño en la depresión [ *Rev neurol* 2003; 36: 366-375]
7. Cartwright RD. Rapid eye movement sleep characteristics during and after mood disturbing events. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 197-201.
8. Fava M, Cassano P. Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008:chap 29. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed. September 2007.
9. García-Portilla MP, Sáiz PA, Díaz-Mesa EM, Fonseca E, Arrojo M, Sierra P, Sarramea F, Sánchez E. Rendimiento psicométrico del Cuestionario Oviedo de Sueño en pacientes con trastorno mental grave. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)* 2009;2(4):169-177 [www.elsevier.es/saludmental](http://www.elsevier.es/saludmental)

10. Henken HT, Huibers MJH, Churchill R, Restifo K, Roelofs J. Terapia familiar para la depresión (Revisión Cochrane traducida) La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.
11. Knowles JB, Cairns J, McLean AW, Delva N, Prowse A, Waldron J, et al. The sleep of remitted bipolar depressives: comparison with sex and age-matched controls. *Can J Psychiatry* 1986; 31: 295-8.
12. Mahowald MW. Disorders of sleep. In: Goldman L, Ausiello D, eds. *Cecil Medicine*. 23rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 429.
13. Nowell PD, Mazumdar S, Buysse DJ, Dew MA, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997; 278: 2170-2177.
14. Reynolds CF. What do antidepressant effects on sleep tell us about pathways to treatment response? *Biol Psychiatry* 1998; 44: 1-2.
15. Riemann D, Berger M, Voderholzer U. Sleep and depression- results from psychobiological studies: an overview. *Biol Psychology* 2001; 57: 67-103.
16. Roth T. New developments for treating sleep disorders. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (S10): 3-4.
17. Rush AJ, Ermann MK, Giles DE, Schlessler MA, Carpenter G, Vasavada N, et al. Polysomnographic findings in recently drug-free and clinically remitted depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 878-84.
18. Sarrais F, De Castro Manglano P. El insomnio. The insomnia Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Anales Vol.30,suplemento 1,2007
19. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, Buysse DJ. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 5-11.
20. Steiger A, Bardeleben U, Herth T, Holsboer F. Sleep EEG and nocturnal secretion of cortisol and growth hormone in male patients with endogenous depression before treatment and after recovery. *J Affect Disord* 1989; 16: 189-95.

21. Steiger A, Bardeleben U, Guldner J, Lauer CJ, Rothe B, Holsboer F. The sleep EEG and nocturnal hormonal secretion studies on changes during the course of depression and on effects of CNS-active drugs. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1993; 17: 125-37.
22. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders CIE-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization. 1992.
23. Wehr TA. Effects of wakefulness and sleep on depression and mania. In Mountplaisir J, Godbout R, eds. *Sleep and biological rhythms: basic mechanisms and applications to psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 1990. p. 42-86.
24. Wilson JF. In the clinic. *Insomnia*. *Ann Intern Med*. 2008;148(1):ITC13-1-ITC13-16. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*. 2006;29:1415-1419.

## **IX. ANEXOS**

### **CUESTIONARIO DE PROBLEMAS DEL SUEÑO**

#### **ANEXO 1. PRIMERA PARTE.**

1. EDAD
  1. 18-29 años
  2. 30-44 años
  3. 45-65 años
  4. más de 65 años
  
2. SEXO
  1. Hombre
  2. Mujer
  
3. ESTADO CIVIL
  1. Soltero
  2. Casado
  3. Separado
  4. Divorciado
  5. Viudo
  
4. SITUACION LABORAL
  1. Desempleado (Paro)
  2. Empleado (Activo)
  3. Baja laboral
  4. Pensión por invalidez
  5. Jubilado
  6. Ama de casa
  7. Estudiante
  8. Otros:
  
5. LUGAR DE RESIDENCIA
  1. Sangonera la verde
  2. Murcia
  3. Otra pedanía perteneciente a Murcia

4. Otros:

## ANEXO 2. SEGUNDA PARTE. CUESTIONARIO DE OVIEDO.

Durante el último mes

COS1. ¿Como de satisfecho ha estado con su sueño?

1. muy insatisfecho
2. bastante insatisfecho
3. Insatisfecho
4. término medio
5. satisfecho
6. bastante satisfecho
7. muy satisfecho

COS2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
COS21 Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
COS22 Permanecer dormido	1	2	3	4	5
COS23 Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
COS24 Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
COS25 Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

COS3 ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1. 0-15 minutos
2. 16-30 minutos
3. 31-45 minutos
4. 46-60 minutos
5. más de 60 minutos

COS4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1. ninguna vez
2. 1 vez
3. 2 veces
4. 3 veces

5. más de 3 veces

4.1 Si normalmente se despertó, Ud. Piensa que se debe a...

1. no se levanta
2. dolor
3. necesidad de orinar
4. ruido
5. pesadilla
6. ansiedad
7. sin causa
8. apnea

COS5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes?

1. se ha despertado como siempre
2. media hora antes
3. 1 hora antes
4. entre 1 y 2 horas antes
5. más de 2 horas antes

COS6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/ horas en cama). Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?

1. 91-100%
2. 81-90%
3. 71-80%
4. 61-70%
5. 60% o menos

COS7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1. ningún día
2. 1-2 d/s
3. 3 d/s
4. 4-5 d/s
5. 6-7 d/s

COS8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1. ningún día
2. 1-2 d/s
3. 3 d/s
4. 4-5 d/s
5. 6-7 d/s

COS9. Si se ha se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por este motivo?

1. ningún día
2. 1-2 d/s
3. 3 d/s
4. 4-5 d/s
5. 6-7 d/s



COS10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...

	Ninguno	1-2d/s	3d/s	4-5d/s	6-7d/s
COS101. Ronquidos	1	2	3	4	5
COS102 .Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
COS103 .Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
COS104 .Pesadillas	1	2	3	4	5
COS105 .Otros	1	2	3	4	5

COS11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

1. ningún día
2. 1-2 d/s
3. 3 d/s
4. 4-5 d/s
5. 6-7 d/s

11.1 Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc.), describir:

1. no toma
2. medicación
3. remedios naturales
4. medicación/remedios naturales

### III PARTE. ANEXO 3

COS-GI. Proporciona una puntuación dimensional de la gravedad del insomnio que se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 9 ítems que la constituyen:

1. Poco grave (9-20)
2. Grave (21-32)
3. Muy grave (33-45)

La información recogida ayuda al diagnóstico de insomnio e hipersomnio según los criterios diagnósticos CIE-10:

#### INSOMNIO:

1. sufre insomnio
2. no sufre insomnio

#### HIPERINSOMNIO:

1. sufre hipersomnio
2. no sufre hipersomnio