

Insomnio en pacientes que ingresan en unidades de hospitalización psiquiátricas

Insomnia in patients admitted to psychiatric hospital departments

J. Antomás Osés¹, C. Gárriz Murillo², S. Huarte Del Barrio³, K. Cambra⁴, B. Ibáñez⁴

RESUMEN

Fundamento. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de insomnio en pacientes que precisaron ingresar en unidades psiquiátricas hospitalarias de corta estancia.

Metodología. Se diseñó un estudio observacional descriptivo en el que tomaron parte 16 unidades de hospitalización psiquiátrica breve de adultos de España. El instrumento utilizado fue la Escala Atenas de Insomnio.

Resultados. Se reclutó a 425 pacientes, obtuvieron un valor medio de la puntuación global de la Escala Atenas de Insomnio de 8,56 (DE: 5,78). El ítem para el que se obtuvo mayor puntuación media fue el relativo a la presencia de despertares durante la noche, seguido del relativo al tiempo que lleva quedarse dormido. La prevalencia de insomnio estimada es del 53% (IC 95%).

Conclusiones. El insomnio es un problema de elevada prevalencia en las unidades de hospitalización psiquiátricas. Las mayores dificultades se dan en la inducción y el mantenimiento del sueño.

Palabras clave. Sueño. Disomnias. Trastornos del Sueño. Psiquiatría.

ABSTRACT

Background. The aim of this study is to estimate the prevalence of insomnia in patients requiring admittance to short-stay hospital psychiatric units.

Methodology. A descriptive observational study was designed with the participation of 16 units for brief adult psychiatric hospitalization in Spain. The Athens Insomnia Scale was the instrument used.

Results. Four hundred and twenty-five patients were included, with an average value on the global score of the Athens Insomnia Scale of 8.56 (SD: 5.78). The item that obtained the highest average score concerned the presence of waking up during the night, followed by that concerning the time needed to fall asleep. The estimated prevalence of insomnia is 53% (CI 95%).

Conclusions. Insomnia is a problem with a high prevalence in psychiatric hospitalization units. The greatest difficulties are found in inducing sleep and staying asleep.

Keywords. Sleep. Dyssomnias. Sleep Disorders. Psychiatry.

An. Sist. Sanit. Navar. 2016; 39 (3): 399-404

1. Centro San Francisco Javier. Salud Mental. Pamplona.
2. Hospitalización Psiquiátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.
3. Centro de Salud Mental Buztintxuri. Pamplona.
4. Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet. Pamplona.

Recepción: 11-03-2016

Aceptación provisional: 12-04-2016

Aceptación definitiva: 02-09-2016

Correspondencia:

Javier Antomás Osés
Centro San Francisco Javier
Dirección de Enfermería
Avda. Villava, 53
31015 Pamplona
E-mail: xantomao@navarra.es

INTRODUCCIÓN

El insomnio es un problema de gran prevalencia en nuestra sociedad¹. Insomnio y enfermedad mental son dos fenómenos frecuentemente concomitantes que tienden a exacerbarse mutuamente^{1,2,3}.

En las consultas médicas el insomnio es un problema que se manifiesta cuando explícitamente se pregunta por él y no siempre queda registrado en la historia del paciente⁴. La percepción subjetiva de la persona es importante a la hora de establecer un diagnóstico y planificar cuidados para mejorar el sueño. Los datos sobre prevalencia en pacientes psiquiátricos ingresados varían según la metodología empleada entre el 36 y el 91%^{5,6}.

El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de insomnio en pacientes en el momento del ingreso en unidades de hospitalización psiquiátricas y valorar su relación con factores demográficos y patológicos. Conocer esos datos en nuestro entorno facilitará la detección y la aplicación de medidas para tratar este problema de la forma más adecuada.

METODOLOGÍA

La población diana fueron los pacientes psiquiátricos que precisaron ingresar en una unidad hospitalaria de corta estancia. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad, estar en condiciones psicológicas y cognitivas para realizar la prueba, hablar castellano suficiente para comprender la escala y aceptar participar en el estudio. Se fijó como criterio de exclusión el haber tenido otro ingreso en los 30 días anteriores al actual, por ser ese el periodo al que se refiere el cuestionario.

Asumiendo una prevalencia de insomnio del 40% en los pacientes psiquiátricos al ingreso, el tamaño muestral necesario para conseguir una precisión en la estimación del 5%, con un nivel de confianza del 95%, fue de 368 individuos.

Se diseñó un estudio observacional descriptivo para estimar la prevalencia de pacientes que presentan insomnio, recogiendo datos de manera prospectiva me-

dante un formulario aplicado una sola vez por paciente.

Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), si era o no el primer ingreso en una unidad de este tipo, el motivo de ingreso (codificado según los grupos diagnósticos de la CIE-10) y si se había producido un intento autolítico previo relacionado con el ingreso.

El instrumento utilizado para detectar el insomnio fue la Escala Atenas de Insomnio⁷, que ha sido utilizada en diversos países, traducida al español y validada⁸. Es una escala autoaplicable que consta de ocho ítems, cuatro sobre aspectos cuantitativos del sueño, uno cualitativo y tres sobre las repercusiones durante el día. Se refiere al mes anterior a la cumplimentación. Cada ítem se responde con una escala tipo Likert que va de cero (ningún problema) a tres (problema importante). En total se puede puntuar entre cero y 24, un mayor resultado indica mayores problemas en el sueño. En población con problemas psiquiátricos, obteniendo una puntuación igual o superior a ocho la escala ofrece un diagnóstico de insomnio basado en los criterios de la CIE-10 con un valor predictivo positivo del 94% y un valor predictivo negativo del 80%⁹.

En la recogida de datos participaron 16 unidades de hospitalización psiquiátrica breve de adultos de la zona centro y norte de España, para alcanzar la muestra se previó entrevistar a 500 pacientes. Los datos se recogieron en los tres primeros días del ingreso para evitar enmascarar problemas de insomnio resueltos en el propio hospital.

Las entrevistas fueron realizadas por enfermeras de las unidades participantes, a quienes previamente se les informó sobre los detalles del estudio y se les entregó documentación sobre el procedimiento a seguir en relación con el reclutamiento de pacientes, las entrevistas, el instrumento de medida y clasificaciones utilizadas.

En el manejo de la información se cumplió con lo establecido en la ley orgánica 15/1999 de protección de datos y en la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y documentación clínica. Se

solicitó el consentimiento de cada paciente previo a su inclusión en el estudio, y no se utilizó información personal en la elaboración de las bases de datos.

La descripción de las variables categóricas se realizó mediante frecuencias y porcentajes y la de las continuas mediante medias y desviaciones típicas (también los ítems de la escala por dar más información que la mediana). La prevalencia de insomnio se estimó mediante la proporción de pacientes que obtuvieron un valor de 8 o más en la Escala Atenas de Insomnio, junto con su intervalo de confianza al 95%. La comparación de la puntuación total en función de las características de los pacientes se realizó mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney, y su asociación con variables continuas mediante la correlación de Spearman. La asociación entre las características de los pacientes y el riesgo de insomnio (puntuación ≥ 8) se analizó me-

dante el ajuste de modelos de regresión logística univariante, que proporcionaron los Odds-ratios crudos. Este análisis se complementó mediante el ajuste de un modelo multivariante incluyendo en el primer paso todas aquellas covariables que habían resultado marginalmente significativas ($p < 0,1$) en los análisis univariantes y manteniendo en el segundo paso sólo aquellas variables significativas ($p < 0,05$), obteniendo así Odds-ratios ajustados, junto con sus Intervalos de Confianza al 95%.

RESULTADOS

Un total de 425 pacientes ofrecieron respuestas válidas cuyas características vienen dadas en la tabla 1. La media de edad fue 44,7 años (DE: 14,5), un 54% eran mujeres y la mayoría habían ingresado previamente (63%).

Tabla 1. Descripción de los datos y valores medios de la escala de insomnio

Variable	Categoría	Frecuencia n (%)
Sexo	Hombre	196 (46%)
	Mujer	229 (54%)
1^{er} ingreso	No	268 (63%)
	Sí	157 (37%)
Intento autolítico	No	361 (85%)
	Sí	64 (15%)
Motivo	F1	52 (12%)
	F2	112 (26%)
	F3	140 (33%)
	F6	55 (13%)
	Resto	66 (15%)
Edad	Media(DE)	44,7 (14,5%)
Grupos de edad	< 30 años	74 (17%)
	30-44 años	154 (36%)
	45-65 años	155 (37%)
	>65 años	42 (10%)

F1 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos. **F2** Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. **F3** Trastornos del humor (afectivos). **F6** Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

Tabla 2. Resultados de la escala Atenas de Insomnio por ítem y total

Ítem (rango)	Descripción	Media(DE)	Correlación ítem-puntuación
P1 (0-3)	Inducción del dormir	1,16 (1,02)	0,68
P2 (0-3)	Despertares en la noche	1,23 (0,96)	0,76
P3 (0-3)	Despertar final temprano	1,06 (0,95)	0,68
P4 (0-3)	Duración total del dormir	0,97 (1,01)	0,77
P5 (0-3)	Calidad del dormir	0,99 (1,03)	0,79
P6 (0-3)	Bienestar en el día	1,08 (1,00)	0,79
P7 (0-3)	Funcionamiento diurno	1,07 (0,96)	0,75
P8 (0-3)	Somnolencia diurna	1,01 (0,87)	0,57
Puntuación global (0-24)		8,56 (5,78)	

Los pacientes obtuvieron un valor medio de la puntuación global de la Escala Atenas de Insomnio de 8,56 (DE: 5,78) La mediana fue 8, apareciendo todas las puntuaciones posibles (de 0 a 24). De los 425 pacientes, 225 (53%) obtuvieron una puntuación global de 8 o más, por lo que la prevalencia estimada de insomnio en estos pacientes es del 53% (IC95%: 48%-58%).

El análisis comparativo de los resultados de la puntuación global según los factores demográficos y clínicos viene dado en la tabla 2, donde la única variable significativa es el haber tenido intento autolítico ($p=0,005$), aumentando este hecho dos puntos la media de la puntuación de insomnio sobre los que no lo han tenido (10,4 vs. 8,2). Asimismo, son marginalmente significativas las variables sexo ($p=0,062$) y motivo del ingreso ($p=0,053$). Los diagnósticos “Trastornos del humor (afectivos)”, grupo F3 en CIE-10 y “Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, grupo F6 en CIE-10 presentan los mayores valores medios, por encima de 9.

Considerando como presencia de insomnio haber obtenido una puntuación de 8 o superior en la escala, los resultados de los análisis de regresión logística univariantes identifican como variables al menos marginalmente significativas el sexo, el que sea o no primer ingreso, el que

hayan tenido intento autolítico, y el motivo del ingreso (Tabla 3). La variable edad no resultó significativa. Finalmente, el modelo de regresión logística multivariante identifica como significativas, una vez ajustadas el resto de características, las variables sexo (la tendencia es un 50% mayor en mujeres que en hombres), primer ingreso (el que sea primer ingreso reduce un 33% la tendencia a sufrir insomnio) y el intento autolítico, que duplica la asociación con el insomnio. Ni motivo de ingreso ni edad se mantuvieron en el modelo por no resultar significativas.

DISCUSIÓN

La prevalencia de insomnio estimada en pacientes que ingresan en unidades de hospitalización psiquiátricas en hospitales españoles es del 53% (CI95%: 48%-58%), cifra muy superior a la que se encuentra en la población general⁴. Asimismo, la puntuación media obtenida en la Escala Atenas de Insomnio para estos pacientes es de 8,56 (5,78). Estos datos son consistentes con el estudio de validación de la escala al español, donde se incluyó un grupo de pacientes psiquiátricos hospitalizados que puntuó de media 8,6 (5,4)⁸.

Como factores independientes asociados con una mayor prevalencia de insom-

Tabla 3. Resultados de la comparación de valores medios para puntuación global (izda) y de los modelos de regresión logística para riesgo de insomnio (puntuación ≥ 8)

Variable	Escala Insomnio		Regresión logística para riesgo de insomnio			
	Puntuación total		Cruda		Ajustada	
	Media(DE)	p	OR(IC _{95%})	p	OR _{ajustado} (IC _{95%})	p
Sexo	Hombre	8,01(5,61)	1		1	
	Mujer	9,04(5,89)	0,062	1,45(0,99, 2,13)	0,057	1,50(1,02, 2,22)
Ingreso	No	8,78(5,52)	1		1	
	Sí	8,20(6,19)	0,119	0,69(0,46, 1,03)	0,067	0,66(0,44, 0,98)
Intento Autolítico	No	8,24(5,76)	1		1	
	Sí	10,39(5,57)	0,005	1,86(1,06, 3,24)	0,029	1,95(1,11, 3,43)
Motivo	F3	9,09(5,96)	1			
	F1	8,44(5,06)	1,23(0,64, 2,37)		No significativa	
	F2	7,87(6,02)	0,053	0,56(0,34, 0,92)	0,032	
	F6	9,82(5,39)	1,35(0,71, 2,57)			
	Resto	7,67(5,66)	0,73(0,40, 1,31)			
Edad^{C)}		r=0,047	0,335	1,01(0,99, 1,02)	0,203	No significativa

F1 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos. **F2** Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. **F3** Trastornos del humor (afectivos). **F6** Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

nio se identifican el ser mujer (50% mayor que en hombres) y el intento autolítico asociado al ingreso, que la duplica. También estudios anteriores reportan una mayor incidencia de insomnio en mujeres tanto en población general como en personas con problemas psicológicos¹⁰ y se ha señalado previamente la relación entre insomnio y riesgo de suicidio¹¹.

El hecho de ser el primer ingreso en una unidad de este tipo reduce un 33% la asociación con el insomnio, probablemente debido a la menor gravedad y cronicidad de estos pacientes.

Se ha descrito la relación entre trastornos mentales e insomnio en todas las edades y se apunta a este como factor predictor de enfermedades mentales¹². En esta línea, en nuestro análisis la edad resultó no tener significación estadística en el análisis univariante.

Respecto al motivo del ingreso, tanto en el análisis comparativo de los resultados como en la regresión logística cruda,

el grupo “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes” (F2 CIE-10) se asoció significativamente a una menor prevalencia de insomnio. Sin embargo, quedó descartado en la regresión ajustada. Se apunta a que el uso de antipsicóticos mejora la calidad del sueño de estos pacientes¹³.

En cualquier caso, la alta prevalencia de insomnio demuestra que este es un problema al que se le debe prestar especial atención en todos los pacientes. Los ítems que dan mayores puntuaciones medias (por encima de 1,1) son “Inducción del dormir” y “Despertares en la noche”. El personal de enfermería tiene gran influencia sobre ellos en su trabajo diario, creando condiciones ambientales que faciliten la inducción, evitando conductas previas contraproducentes y controlando los horarios de administración de medicación. Las visitas y comprobaciones en las habitaciones durante la noche, así como la luminosidad y ruido en zonas comunes son aspectos

críticos para mantener el sueño. Deberían diseñarse intervenciones específicas para dar respuesta a estos problemas, como horarios limitados en el uso de pantallas o radios, acceso restringido a estimulantes en las horas previas a acostarse o atenuar la iluminación de pasillos y controles en turno de noche. Todo para crear un ambiente propicio al sueño de manera premeditada y continua en el tiempo.

A la vista de estos datos, el uso de instrumentos de valoración del insomnio debería convertirse en una tarea rutinaria.

Las principales limitaciones de este estudio tienen que ver con la selección de los centros participantes que se realizó sobre un listado del ministerio de sanidad, buscando centros con los que el equipo investigador tenía contactos previos y otros seleccionados aleatoriamente hasta cumplir con la previsión de pacientes. También el gran número de enfermeras participantes puede haber influido en la recogida de datos, pese a que la escala es auto administrada. Por último la no inclusión de la medicación de los pacientes en la recogida de datos supone una merma de información que podría resultar muy valiosa al respecto.

Agradecimientos

Los autores quieren agradecer su colaboración a las direcciones y jefes de unidad y a todas las enfermeras que directamente colaboraron en la recogida de datos. Hospital de Araba, Sede Santiago (Álava), Hospital del Mar (Barcelona), Hospital Basurto (Bizkaia), Hospital Divino Valles (Burgos), Hospitales Gregorio Marañón, Getafe, de la Princesa, del Sureste, la Paz y Severo Ochoa (Madrid), Clínica Universidad de Navarra y Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital Nicolás Peña (Pontevedra), Hospital General de Valencia, Hospitales Clínico y Río Hortega (Valladolid).

BIBLIOGRAFÍA

1. OHAYON MM, SAGALES T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med.* 11. Netherlands 2010 Elsevier B.V 2010; 1010-1018.
2. GUPTA R, ZALAI D, SPENCE DW, BAHAMMAM AS, RAMASUBRAMANIAN C, MONTI JM, ET AL. When insomnia is not just insomnia: the deeper correlates of disturbed sleep with reference to DSM-5. *Asian J Psychiatr.* 12. Netherlands 2014; 23-30.
3. SARRAIS F, DE CASTRO MANGLANO P. El insomnio. *An Sist Sanit Navar.* 2007; 30: 121-134.
4. DE NIET GJ, TIEMENS BG, LENDEMEIJER HH, HUTSCHEMAEKERS GJ. PERCEIVED SLEEP QUALITY OF PSYCHIATRIC PATIENTS. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15: 465-470.
5. OKAJIMA I, KOMADA Y, NOMURA T, NAKASHIMA K, INOUE Y. Insomnia as a risk for depression: a longitudinal epidemiologic study on a Japanese rural cohort. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 377-383.
6. SOLDATOS CR, DIKEOS DG, PAPARRIGOPOULOS TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res* 2000; 48: 555-560.
7. NANCLARES PORTOCARRERO A, JIMÉNEZ-GENCHI A. Estudio de validación de la traducción al español de la escala Atenas de Insomnio. *Salud Mental* 2005; 28: 34-39.
8. SOLDATOS CR, DIKEOS DG, PAPARRIGOPOULOS TJ. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003; 55: 263-267.
9. AL-ASADI AM, KLEIN B, MEYER D. Multiple Comorbidities of 21 Psychological Disorders and Relationships With Psychosocial Variables: A Study of the Online Assessment and Diagnostic System Within a Web-Based Population. *J of Med Internet Res* 2015; 17:e55. doi:10.2196/jmir.4143.
10. PIGEON WR, PINQUART M, CONNER K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: e1160-1167.
11. BAGLIONI C, BATTAGLIESE G, FEIGE B, SPIEGELHALDER K, NISSEN C, VODERHOLZER U et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord* 2011; 135: 10-19.
12. COHRS S. Sleep disturbances in patients with schizophrenia: impact and effect of antipsychotics. *CNS Drugs* 2008; 22: 939-962.