

J. Canals
E. Domènech¹
J. Fernández Ballart²
C. Martí-Henneberg³

Autovaloración del insomnio en la adolescencia temprana

Departament de Psicologia. Universitat Rovira i Virgili
1 Departament de Psicologia de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona.
2 Departament de Ciències Mèdiques Bàsiques (Medicina Preventiva). U.R.V.
3 Departament de Medicina i Cirurgia (Pediatría). U.R.V.

Correspondencia:

J. Canals Sans
Departamento de Psicología. Universitat Rovira i Virgili
Carretera de Valls, s/n
43007 Tarragona

Self-evaluate determination of insomnia in early adolescence

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la autoevaluación del insomnio en una muestra de 534 adolescentes escolarizados en una población urbana de Cataluña. Se trata de un estudio prospectivo realizado durante cuatro años, en el cual la valoración del problema de sueño se ha hecho mediante un ítem de un cuestionario no específico y se han analizado las relaciones con los síntomas de depresión, nivel de ansiedad, perfil de personalidad, atención y aptitudes académicas. La dificultad para conciliar el sueño se da entre el 34,2% y el 43,7% de las niñas y el 24% y el 41,9% de los varones. Este problema llega a una persistencia anual del 66,7% en el sexo femenino y del 57,1% en el masculino y a una persistencia bianual del 47,2% y 35% respectivamente. Se ha hallado una asociación positiva con el nivel de ansiedad, síntomas de depresión y con algunos factores de personalidad. La persistencia de insomnio se encuentra relacionada con un bajo rendimiento cognitivo.

PALABRAS CLAVE

Adolescentes; Insomnio; Psicopatología.

ABSTRACT

A prospective four years study have been realized to examine self-evaluate determination of insomnia in a 534 adolescent scholarized sample of an urban population from Catalonia. Sleep disturbs have been measured by a non specific questionnaire and relations between insomnia and depression symptoms, anxiety level, personality profile, attention and academic aptitudes have been analized. From 34.2% to 43.7% of girls and from 24% to 41.9% of boys have difficulties for getting sleep. This problem reaches 66.7% of annual prevalence in females and 57.1% in males, biannual prevalence gets at 47.2% at 35% in both indexes. A possitive relationship with anxiety level, depression symptoms and some personality traits have been found. Also, insomnia persistence is related with low cognitive achievement.

KEY WORDS

Adolescent; Insomnia; Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

Los patrones y la patología del sueño en los adolescentes han sido estudiados bastante recientemente. Los datos epidemiológicos de los años 50, 60 y 70 corresponden a muestras de edades comprendidas entre el primer y quinto año de vida. Es frecuente que la fuente de información sean los padres, ya que probablemente por ser los más afectados han hecho de este problema un motivo de consulta a pediatras y médicos. En cambio, puede ser común que ciertos trastornos de sueño en los adolescentes, como por ejemplo los trastornos de inicio y mantenimiento del sueño (TIMS), pasen desapercibidos tanto a nivel clínico como epidemiológico. El incremento en el interés de su estudio puede ser debido a diversos aspectos, entre ellos el avance de las técnicas de evaluación objetiva del sueño, la necesidad de información sobre la conducta normal de sueño-vigilia en las diferentes edades, o la alta prevalencia de insomnio en el adulto, en la cual retrospectivamente un importante porcentaje parece provenir de la edad peripuberal⁽¹⁾. Actualmente, la frecuencia y también las repercusiones del tratamiento farmacológico ha hecho que varios proyectos de investigación comunitarios, consideren el insomnio como un problema primario de salud⁽²⁻⁵⁾.

Contrariamente a la creencia popular, el estudio de los hábitos de sueño en la adolescencia demuestra que éstos duermen menos de lo que se cree. De otra parte, los estudios polisomnográficos indican que los adolescentes en relación a la etapa prepuberal tienen una mayor necesidad fisiológica de sueño⁽⁶⁾, con lo que es probable que muchos de ellos padezcan falta del mismo. Si a ello añadimos los problemas de dificultad para conciliar el sueño o la mala calidad del mismo, la privación y sus efectos negativos pueden aumentar a corto y largo plazo. Estas consecuencias abarcan en adolescentes desde estados de somnolencia diurna, déficits de atención, dificultades académicas, problemas conductuales y del estado de ánimo, a un incremento de la vulnerabilidad del consumo de drogas y de accidentes^(3,6).

Dentro de los trastornos del sueño, aunque la hipersomnia es el problema más estudiado en los laboratorios de sueño, el insomnio es el más frecuente⁽⁷⁾. Los estudios epidemiológicos en población general estiman unas prevalencias de dificultad en el dormir entre el 13,4% y el 48% en la edad adulta^(5,8-10), cifras

parecidas a las halladas en la adolescencia. White y cols.⁽¹¹⁾ hallaron, a partir de la administración de cuestionarios, que a un 14% de adolescentes le costaba conciliar el sueño. Price y cols.⁽¹²⁾ encontraron un 13% de problemas crónicos y un 38% de problemas ocasionales. De forma similar, Kirmil-Gray y cols.⁽¹³⁾ estimaron que un 11% y un 23% de los 277 estudiantes entre los 13 y los 17 años eran malos dormidores crónicos y ocasionales respectivamente. Según el método de evaluación de entrevista estructurada, el 14,2% de chicas de 11 a 16 años de una muestra comunitaria padecen el diagnóstico de insomnio⁽¹⁴⁾. Todo ello apoya la idea de que el insomnio es un problema severo en la adolescencia.

Es frecuente que los trastornos de sueño se encuentren asociados a otras psicopatologías. En adultos se observa una estrecha relación entre insomnio y estados ansiosos y depresivos^(2,15,16) e incluso con ciertos rasgos de personalidad⁽¹⁷⁾. En el caso de los adolescentes, también se ha observado más depresión, ansiedad, inatención y conductas más agresivas^(12,13,18).

Por último, cabe destacar que los estudios que han comparado las evaluaciones subjetivas sobre los problemas de sueño muestran una buena concordancia con los registros electroencefalográficos⁽¹⁵⁾.

Este estudio forma parte de una investigación longitudinal en población general sobre la epidemiología de la depresión y otros trastornos psiquiátricos, y que abarca desde los 11 a los 18 años. El objetivo del trabajo que presentamos es el autoinforme epidemiológico de la dificultad para dormir, describiendo la prevalencia y la persistencia según edad y sexo y su relación con características psicológicas y síntomas psicopatológicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

Los sujetos estudiados han sido todos los niños y niñas de la ciudad catalana de Reus, nacidos entre el primero de enero y el 30 de junio de 1976 y 1977 respectivamente. Reus es un área urbana comercial con casi 100.000 habitantes, mediterránea y de un nivel socio-económico medio-alto. La diferencia de un año entre los dos sexos se eligió para intentar disminuir el avance puberal del sexo femenino, ya que el proyecto tuvo en cuenta no tan sólo aspectos psicopatológicos,

96 sino otros en relación al desarrollo de la pubertad, tanto físicos como psicológicos.

El número de sujetos nacidos en el periodo indicado fue de 665, de los cuales 87 no fueron incluidos porque no estaban escolarizados o porque los padres no aceptaron la participación. Cuando se inició el estudio psicopatológico al año siguiente, la muestra se redujo a 534 (224 muchachas de 11 años y 310 muchachos de 12 años). A la edad de 12-13 años, la "n" fue de 511 (223 chicas y 288 chicos), a los 13-14 años de 507 (219 chicas y 288 chicos) y a los 14-15 años de 336 (161 chicas y 175 chicos). Si tenemos en cuenta los individuos que han seguido todos los años, la n es de 462 (201 mujeres y 261 varones) para los tres primeros años y de 298 (146 y 152) para los cuatro años.

Procedimiento

Los sujetos fueron llamados a través de la escuela después de haber obtenido el permiso paterno. La pasación de las pruebas se hizo en pequeños grupos dentro de los centros escolares, a excepción del último año en que se hizo en la Facultad de Medicina conjuntamente con otras exploraciones físicas. Han sido evaluados una vez al año en el primer semestre durante cuatro años consecutivos.

Para el análisis de los resultados, la población estudiada cada año nos ha permitido sacar datos transversales, mientras que para los longitudinales se ha utilizado solamente la muestra seguida todos los años.

Instrumentos

La valoración de la dificultad para conciliar el sueño se ha hecho mediante el ítem 16 de la escala autoevaluativa «Children's Depression Inventory» (CDI)⁽¹⁹⁾. Esta prueba tiene 27 ítems con tres posibilidades de respuesta de mayor a menor severidad (2, 1, 0). La puntuación total tiene un punto de corte indicativo de riesgo de depresión^(20,21). El ítem 16 incluye: a) todas las noches me cuesta dormir, b) algunas noches me cuesta dormir, c) duermo muy bien. Hablamos de persistencia cuando un sujeto responde un año con queja de sueño (algunas o todas las noches me cuesta dormir) y continúa con esta sintomatología al año siguiente (hablamos de persistencia anual), o durante los dos años siguientes (persistencia bianual) o durante los tres años siguientes (persistencia trianual).

Los otros instrumentos utilizados, también de autoevaluación, para valorar características de personalidad y cognitivas han sido los siguientes:

- State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)⁽²²⁾. Evalúa la ansiedad estado (STAIC-E) y la ansiedad rasgo (STAIC-R) a través de 20 ítems cada una, puntuándose de 0 a 3 según la severidad de la respuesta. Se utilizó una versión experimental traducida al castellano por la Unidad de Psiquiatría Infantil del Hospital Clínico de Barcelona⁽²³⁾.
- «Eysenck Personality Questionnaire-Junior» (EPQ-J)⁽²⁴⁾. Específico de niños y adolescentes consta de 81 ítems de respuesta afirmativa o negativa. Evalúa tres dimensiones de personalidad que son, neuroticismo (EPQ-J.N), psicoticismo (EPQ-J.P) y extraversión (EPQ-J.E) y también la predisposición a la conducta antisocial (EPQ-J.CA).
- Percepción de diferencias. Caras⁽²⁵⁾. Es una prueba que consta de 60 elementos gráficos y que evalúa la capacidad de percepción rápida y correcta, parecidos y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados.
- Test de aptitudes académicas (TEA)⁽²⁶⁾. Evalúa tres dimensiones aptitudinales que son la verbal, el razonamiento y el cálculo.

Análisis estadístico

Se ha utilizado la prueba de chi cuadrado para analizar el contraste de la hipótesis de independencia entre variables categóricas (Tabla 1). La prueba de la t de Student se ha usado para comparar las medias de variables cuantitativas entre dos grupos con datos independientes y analizar la relación de la variable categórica que crea los grupos con la variable cuantitativa considerada. Cuando la distribución de los datos para cada grupo no se ajusta a la normal se emplea la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

RESULTADOS

Prevalencia del insomnio según edad y sexo

La descripción de la prevalencia a lo largo de los cuatro años de estudio se observa en la tabla 1. Para las chicas, la dificultad para dormir teniendo en cuenta las dos posibles respuestas, suma a la edad de 11 años el

Tabla 1 Prevalencia y persistencia de la dificultad para dormir durante los cuatro años de seguimiento

Sexo (edad)	Dificultad para dormir (%)		Persistencia (%)		
	Algunas noches	Todas las noches	1 año	2 años	3 años
Chicas (11)	34,8	8,9	56,2	47,2	36,4
Chicos (12)	27,1	14,8	48,5	35,0	21,1
Chicas (12)	30,5	9,9	66,7	51,7	-
Chicos (13)	19,4	9,4	57,1	36,8	-
Chicas (13)	27,1	7,1	61,7	-	-
Chicos (14)	21,2	10,2	38,3	-	-
Chicas (14)	35,4	6,2	-	-	-
Chicos (15)	18,9	5,1	-	-	-

Tabla 2 Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las variables emocionales en relación a la dificultad para dormir y en los cuatro años de seguimiento

Sexo (edad)	STAIC-E			STAIC-T			CDI		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Chicas (11)	27,2 (4,8)	29,0 (5,9)	30,5 (5,3)	33,1 (6,3)	36,9 (6,2)	37,3 (6,8)	7,7 (4,3)	11,5 (4,4)	14,7 (5,9)
Chicos (12)	27,6 (4,2)	30,5 (5,8)	28,2 (5,2)	32,3 (5,3)	34,6 (5,6)	35,8 (7,6)	7,3 (3,7)	11,6 (4,6)	12,5 (7,0)
Chicas (12)	27,3 (5,7)	29,3 (5,3)	30,5 (6,9)	31,3 (5,8)	35,6 (6,6)	41,7 (6,8)	6,9 (4,0)	11,5 (5,4)	15,5 (7,3)
Chicos (13)	27,0 (4,6)	29,7 (5,5)	32,7 (8,7)	30,7 (5,5)	35,4 (6,0)	37,2 (5,9)	7,4 (4,3)	10,9 (4,1)	14,2 (6,2)
Chicas (13)	28,4 (5,4)	30,1 (4,9)	32,0 (6,7)	32,4 (5,8)	37,5 (6,9)	40,6 (7,0)	7,3 (4,5)	12,3 (5,2)	14,1 (6,0)
Chicos (14)	27,8 (5,0)	30,3 (5,2)	29,3 (5,4)	31,2 (6,1)	35,1 (6,2)	35,6 (5,9)	7,3 (4,6)	11,4 (4,3)	13,7 (5,1)
Chicas (14)	28,0 (5,0)	31,5 (4,4)	34,7 (4,3)	31,8 (6,5)	36,9 (6,4)	41,5 (6,4)	7,7 (4,8)	11,2 (4,8)	15,6 (7,2)
Chicos (15)	27,7 (3,9)	29,2 (4,7)	29,5 (6,6)	30,8 (5,6)	32,8 (6,3)	34,7 (6,0)	6,4 (3,8)	10,3 (3,5)	11,1 (4,9)

0: «Duermo muy bien»; 1: «Algunas noches me cuesta dormir»; 2: «Todas las noches me cuesta dormir».

43,7% a los 12 años el 40,4% a los 13 años el 34,7% y a los 14 al 41,6%. No se han hallado diferencias significativas en relación al incremento de edad. Para los chicos, a la edad de 12 años el insomnio es autoevaluado en el 41,9%, a los 13 años en el 28,8%, a los 14 años en el 31,4% y a los 15 en el 24%. Se observa un decremento significativo ($p < 0,001$) según avanza la edad, que incide principalmente entre los 12 y los 13 años.

Persistencia del insomnio según edad y sexo

La persistencia del síntoma insomnio durante uno, dos o tres años se observa en la tabla 1. De manera que avanza la edad aumenta la cronicidad del mismo, a excepción del último año (chicas de 13 a 14 años y chicos de 14 a 15 años) probablemente debido a la pérdida de muestra. En el sexo femenino la persistencia

de las quejas para dormir es más importante que en el masculino, si bien pueden considerarse importantes las cifras de ambos sexos. Más del 60% de las muchachas se quejan dos años seguidos de su problema de sueño, alrededor del 50% lo hacen durante tres años y el 36,4% lo hace cuatro años seguidos.

Relación entre insomnio y ansiedad

La descripción de las puntuaciones en el cuestionario de ansiedad en relación al síntoma de insomnio se muestra en la tabla 2. La ansiedad estado (STAIC-E) es más alta significativamente ($p < 0,001$) en las chicas que refieren problemas de sueño. Esto puede observarse en todos los años de estudio e incide aún más en las adolescentes de mayor edad. No ocurre lo mismo en el sexo masculino.

Tabla 3 Puntuaciones medias y desviaciones típicas del test de personalidad en relación a la dificultad para dormir, por sexos y durante los cuatro años de seguimiento

Sexo (edad)	EPQ-J.N			EPQ-J.E			EPQ-J.P			EPQ-J.CA		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Chicas (11)	8,0 (4,0)	11,0 (3,7)	11,2 (4,6)	18,7 (3,3)	17,6 (3,6)	17,2 (6,0)	1,9 (2,3)	2,0 (1,7)	2,1 (2,3)	16,0 (3,4)	17,0 (3,8)	17,6 (4,0)
Chicos (12)	7,7 (3,8)	10,6 (4,3)	11,2 (4,1)	19,6 (3,6)	18,6 (3,7)	18,7 (3,4)	2,7 (2,8)	3,6 (2,7)	3,8 (3,3)	17,0 (3,8)	18,7 (4,3)	19,4 (4,9)
Chicas (12)	6,9 (4,0)	9,7 (3,7)	12,5 (4,3)	19,4 (3,4)	18,3 (3,4)	17,1 (5,8)	1,9 (2,1)	2,7 (2,7)	3,1 (2,5)	16,1 (3,8)	17,9 (3,2)	18,6 (3,9)
Chicos (13)	7,4 (3,8)	10,2 (4,7)	11,1 (3,9)	19,7 (3,2)	19,4 (2,3)	17,7 (3,3)	3,0 (2,8)	3,5 (2,1)	4,9 (2,9)	17,5 (3,9)	19,3 (4,5)	20,3 (3,5)
Chicas (13)	7,1 (3,6)	11,4 (4,2)	12,2 (4,0)	19,9 (3,2)	18,6 (3,2)	18,3 (4,1)	2,2 (2,4)	2,8 (2,4)	2,4 (2,0)	16,8 (3,7)	19,0 (4,1)	18,7 (4,8)
Chicos (14)	7,1 (4,4)	9,9 (3,7)	11,3 (3,7)	19,7 (3,0)	18,7 (3,1)	18,9 (3,1)	3,5 (2,6)	3,8 (2,4)	5,4 (3,5)	17,7 (4,3)	18,6 (3,3)	20,5 (4,2)
Chicas (14)	7,8 (4,8)	10,3 (3,8)	11,9 (4,7)	19,6 (4,2)	19,3 (3,5)	16,7 (3,4)	2,3 (2,6)	2,6 (2,5)	5,4 (3,5)	117,2 (3,2)	18,4 (3,7)	20,6 (4,7)
Chicos (15)	5,9 (3,9)	8,9 (3,6)	8,4 (3,8)	20,3 (2,7)	20,0 (3,3)	17,6 (4,5)	2,8 (2,2)	3,8 (2,9)	4,8 (4,2)	17,0 (4,1)	20,1 (4,1)	19,7 (4,7)

0: «Duermo muy bien»; 1: «Algunas noches me cuesta dormir»; 2: «Todas las noches me cuesta dormir».

En la ansiedad rasgo (STAIC-R), el incremento relacionado con el insomnio se observa en los dos sexos y en los cuatro años de estudio ($p < 0,001$). Los niveles de ansiedad son superiores en las chicas y la relacionada con la respuesta «todas las noches me cuesta dormir» aumenta particularmente a partir de los 12 años.

Todos los adolescentes, chicos y chicas, que presentan un insomnio persistente tienen niveles de ansiedad estado más elevados. El aumento máximo (4,3 puntos) se da en el sexo femenino en el último año del estudio y cuando la persistencia es trianual. En los chicos, el máximo incremento es de 3,1 puntos y también corresponde a la edad más avanzada y a la persistencia más duradera.

Del mismo modo, la ansiedad rasgo aumenta en los sujetos persistentes en relación a la duración de la persistencia. El máximo aumento es de 6,6 puntos en el sexo femenino y de 6,3 en el masculino.

Relación entre insomnio y sintomatología depresiva

Como puede observarse en la tabla 2, la puntuación de la sintomatología depresiva en el CDI es significativamente ($p < 0,001$) más elevada en los sujetos

que se describen con problemas para dormir y durante todos los años estudiados.

Las puntuaciones de depresión aumentan en los dos sexos cuando existe persistencia de insomnio. El máximo aumento (6 puntos) se da en las chicas cuando la persistencia es trianual.

Relación entre insomnio y características de personalidad

Los resultados del test de personalidad se presentan en la tabla 3. El factor neuroticismo y la conducta antisocial son significativamente ($p < 0,001$) más altos en los sujetos que manifiestan problemas de sueño. El factor psicoticismo puntúa también significativamente más alto en todos los años estudiados ($p < 0,05$, $p < 0,001$, $p < 0,01$, $p < 0,01$) dándose el máximo aumento a los 14 años en los dos sexos. La extraversión es significativamente más baja ($p < 0,001$ y $p < 0,01$ en el último año).

Por otra parte, la persistencia de las dificultades para dormir se asocia a una elevación del factor neuroticismo, que puede llegar hasta 5 puntos. En cambio, el factor extraversión en los sujetos persistentes no siempre disminuye. El psicoticismo aumenta en los chicos tam-

Tabla 4 Puntuaciones medias y desviaciones típicas de las pruebas cognitivas en relación a la dificultad para dormir, por sexos y durante los cuatro años de seguimiento

Sexo (edad)	TFA-Verbal			TFA-Razonamiento			TFA-Cálculo			Caras (Atención)		
	0	1	2	0	1	2	0	1	2	0	1	2
Chicas (11)	32,3 (6,4)	32,8 (6,2)	33,5 (7,1)	20,7 (3,8)	20,6 (4,0)	20,0 (3,7)	24,0 (6,4)	24,8 (5,6)	24,3 (6,4)	36,4 (8,4)	38,3 (7,8)	39,5 (9,8)
Chicos (12)	36,7 (6,2)	35,3 (7,9)	36,6 (7,2)	21,0 (3,7)	21,4 (3,7)	21,3 (3,5)	24,7 (7,8)	23,5 (7,0)	24,1 (7,7)	39,0 (9,1)	39,8 (6,9)	38,8 (9,5)
Chicas (12)	20,4 (6,3)	20,2 (5,7)	20,5 (7,5)	14,9 (6,3)	14,7 (6,1)	15,5 (6,1)	11,7 (4,6)	12,2 (5,1)	12,5 (4,6)	42,0 (8,5)	42,7 (9,1)	41,6 (7,3)
Chicos (13)	23,0 (6,9)	23,1 (8,0)	24,8 (7,9)	15,3 (6,3)	16,5 (7,6)	14,4 (6,0)	14,7 (6,1)	13,8 (6,3)	15,0 (6,5)	43,0 (9,9)	44,7 (9,2)	41,3 (7,2)
Chicas (13)	23,7 (5,7)	23,6 (5,1)	26,2 (4,3)	18,2 (6,5)	18,2 (5,4)	20,4 (5,4)	15,2 (5,5)	15,3 (5,0)	17,6 (4,7)	47,4 (7,9)	46,2 (8,7)	46,1 (9,0)
Chicos (14)	26,5 (6,5)	25,6 (5,8)	27,1 (5,8)	19,1 (6,8)	18,5 (6,5)	19,6 (7,1)	18,0 (6,0)	17,7 (6,1)	18,9 (5,3)	48,5 (9,1)	48,4 (7,9)	46,2 (9,3)
Chicas (14)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55,4 (5,2)	53,4 (7,5)	55,5 (4,9)
Chicos (15)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54,0 (6,2)	53,3 (7,6)	48,1 (7,4)

0: «Duermo muy bien»; 1: «Algunas noches me cuesta dormir»; 2: «Todas las noches me cuesta dormir».

bién en relación con la persistencia, y en las chicas sólo en el último año. La conducta antisocial aumenta más en los varones de 12 y 13 años, a los 14 es igual que en las chicas de 13 y a los 15 años el incremento es menos importante que en las chicas de 14.

Relación entre insomnio y rendimiento cognitivo

La tabla 4 presenta los resultados del test de funcionamiento cognitivo en relación con los problemas para dormir. El rendimiento cognitivo, estudiado transversalmente, no varía significativamente en los tres primeros años, únicamente en el año de edades más avanzadas se aprecia una disminución casi significativa en los resultados del test de percepción de diferencias.

Pero cuando el insomnio es persistente, se aprecia una disminución en el factor verbal, en el razonamiento y en la atención según el test de percepción de diferencias. El rendimiento en el factor verbal es menor cuando la persistencia es trianual (disminución de 1,6 puntos en las chicas y 1,4 en los chicos). La duración más larga del insomnio hace que los varones tengan menos rendimiento en razonamiento (decremento de 2,3 puntos) y menos en cálculo (decremento de 1,9 puntos). Asimismo,

la puntuación en la atención es menor cuando persiste la dificultad para dormir (máxima disminución de 3,4 puntos en los chicos y 3,2 en las chicas).

DISCUSIÓN

La prevalencia de las dificultades para dormir hallada en este trabajo es similar a la de otros estudios en adolescentes^(4,11-13,16). La prevalencia de problemas severos se encuentra dentro de los límites estimados en la literatura (8 al 14%). En cuanto a las diferencias por sexos, de forma general tanto la prevalencia como la persistencia son más importantes en el sexo femenino. Sin embargo, si comparamos chicos y chicas de una misma edad cronológica, observamos que el porcentaje de varones que contesta «todas las noches me cuesta dormir» es mayor al de las chicas, a diferencia de la respuesta «algunas noches me cuesta dormir». La suma de ambas cifras empieza a ser más importante en las chicas a partir de los 13-14 años, momento en el cual también la persistencia es más elevada. Es probable que este periodo de la adolescencia sea crucial en cuanto a un incremento de patología en el sexo femenino, como encuentran también otros autores^(4,16) y

100 que persista en la vida adulta^(2,27). Las altas prevalencias de persistencia demuestran que el insomnio, padecido ya a edades peripuberales no es un problema transitorio de salud.

La relación que hemos hallado entre dificultad para dormir y ansiedad o síntomas de depresión apoya en esta edad la asociación del insomnio con otras psicopatologías descrita en otros estudios^(2,12,13,15,16,18). A juzgar por los resultados tanto transversales como longitudinales, la relación entre problema de sueño y ansiedad es más importante en el sexo femenino, a una edad más avanzada y cuando se presenta un insomnio más crónico o persistente. También la asociación con la depresión sigue un patrón de características similares.

Todos los factores del test de personalidad se relacionan significativamente con el problema de insomnio, pero los datos del análisis de persistencia nos permiten observar una mayor asociación con el factor neuroticismo. Es probable que esta característica de personalidad sea una variable predictora del diagnósti-

co de insomnio, hipótesis que pensamos sea corroborada en estudios posteriores que se están llevando a cabo con la misma muestra.

Nuestros resultados indican que la autodescripción de insomnio de forma persistente se halla relacionada con un bajo rendimiento cognitivo. El estudio de seguimiento muestra que el bajo rendimiento parece una consecuencia del síntoma de sueño. La relación de este síntoma con niveles altos de ansiedad y con la depresión podría también influenciar el pobre funcionamiento en las pruebas cognitivas.

En conclusión, el número importante de adolescentes jóvenes de población general que se manifiestan con problemas para dormir, la persistencia de la misma queja a lo largo de los años, la relación con síntomas psicopatológicos y la consecuencia de una disminución en el rendimiento académico obligaría a que el insomnio sea tenido en cuenta desde la atención primaria. Una intervención precoz podría predecir consecuencias físicas y psíquicas nefastas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Hauri P, Olmstead E. Childhood-onset insomnia. *Sleep* 1980;**3**:59-65.
- 2 Hohagen F, Rink K, Käppler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, Berger M. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;**242**:329-336.
- 3 Shapiro CM, Dement WC. Impact and epidemiology of sleep disorders. *BMJ* 1993;**306**:1604-1607.
- 4 Patois E, Valatx JL, Alpérovitch A. Prévalence des troubles du sommeil et de la vigilance chez les lycéens de l'Académie de Lyon. *Rev Epidém et Santé Publ* 1993;**41**:383-388.
- 5 Partinen M, Kaprio J, Koskenvuo M y cols. Sleeping habits, sleep quality, and use of sleeping pills: a population study of 31,140 adults in Finland. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:29-35.
- 6 Carskadon MA. Patterns of sleep and sleepiness in adolescents. *Pediatrician* 1990;**17**:5-12.
- 7 Coleman R. Diagnosis, treatment and follow-up about 8,000 sleep/wake disorders patients. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:87-97.
- 8 Lavie P. Sleep apnea in industrial workers. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:127-135.
- 9 Lugaresi E, Cirignotta F, Zucconi M y cols. Good and poor sleepers: an epidemiological survey of the San Marino population. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:1-12.
- 10 Karacan I, Thornby JL, Williams RL. Sleep disturbance. En: Guilleminault C, Lugaresi E, eds. *Sleep/wake disorders: natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York: Raven Press, 1983:37-60.
- 11 White L, Hahn PM, Mitler MM. Sleep questionnaire in adolescents [extracto]. *Sleep Research* 1980;**9**:108.
- 12 Price VA, Coates TJ, Thoresen CE, Grinstead OA. Prevalence and correlates of poor sleep among adolescents. *Am J Dis Child* 1978;**132**:583-586.
- 13 Kirmil-Gray K, Eagleston JR, Gibson E, Thoresen CE. Sleep disturbance in adolescents: sleep quality, sleep habits, beliefs about sleep, and daytime functioning. *J Youth Adolesc* 1984;**13**:375-384.
- 14 Goodyer I, Cooper PJ. A community study of depression in adolescents girls II: the clinical features of identified disorder. *Br J Psychiatry* 1993;**163**:374-380.
- 15 Dealberto MJ. Les troubles du sommeil en psychiatrie. Aspects épidémiologiques. *L'Encéphale* 1992;**XVIII**:331-340.
- 16 Weyerer S, Dilling H. Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Fiefs Study. *Sleep* 1991;**14**:392-398.

- 17 Lundh LG, Broman JE, Hetta J. Personality traits in patients with persistent insomnia. *Person Individ Diff* 1995;**18**:393-403.
- 18 Morrison DM, McGee R, Stanton WR. Sleep problems in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:94-99.
- 19 Kovacs M. *The Children's Depression Inventory: a self rated depression scale for school-aged youngsters*. University of Pittsburgh, 1983 [manuscrito no publicado].
- 20 Domènech E, Polaino A. *La epidemiología de la depresión infantil en España*. Barcelona: Espaxs, 1990.
- 21 Canals J, Martí C, Fernández J, Domènech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Eur Child & Adolesc Psychiatry* 1994 (en prensa).
- 22 Spielberger CD. *STAIC: Preliminary Manual for State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: Consulting Press, 1973.
- 23 Canals J, Martí C, Fernández J, Clivillé R, Domènech E. Scores on the State-Trait Anxiety Inventory for children in a longitudinal study of pubertal Spanish youth. *Psychological Reports* 1992;**71**:503-512.
- 24 Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Cuestionario de personalidad para niños (EPQ-J) y adultos (EPQ-A)*. Madrid: Tea, 1984.
- 25 Thurstone LL, Yela M. *Test de percepción de diferencias*. Madrid: Tea, 1985.
- 26 Thurstone LL, Thurstone TG. *Test de aptitudes escolares*. Madrid: Tea, 1986.
- 27 Domínguez L, Díaz E. Insomnio, epidemiología y clasificación. *Jano* 1994;**XLVI**:61-64.