1. **DISCUSIÓN**

La relación entre el insomnio y los estados afectivos resulta compleja en cuanto a causalidades y comorbilidades. Los hallazgos científicos en su mayoría tienden a teorizar la influencia negativa de ciertos rasgos de personalidad como factores que predisponen a los individuos a estar más vulnerables de padecer de ansiedad, depresión y por ende de episodios de insomnio. Sin embargo, el modo en qué se encuentran interrelacionadas no se termina por definir. Jansson-Fröjmark y Lindblom (2008), hallaron una relación bidireccional entre la ansiedad y la depresión y su predicción conjunta de un insomnio posterior, como también encontraron que el insomnio predecía futuros episodios de ansiedad y de depresión.

La evaluación del insomnio en la presente investigación tuvo como finalidad estudiar su relación con los estados de ansiedad, depresión y las características de la personalidad. Para ello, no solo se aplicaron los instrumentos respectivos en la medición de dichas variables, sino que se contó con información cualitativa importante aportada durante las entrevistas preliminares que ayudó a comprender un poco más la naturaleza del fenómeno desde la perspectiva del insomne, cuál es su queja y cómo vivencia la problemática, además de los datos demográficos que ofrecen otro punto de vista a lo esperado por la teoría.

Según una encuesta acerca del sueño de los americanos elaborada por la Fundación Nacional del Sueño (National Sleep Foundation, 2005), las mujeres son más propensas que los hombres de sufrir de insomnio. Así 1 de cada 3,85 mujeres tiene dificultad para conciliar el sueño al menos unas noches a la semana, en comparación con 1 de cada 5,88 hombres. A pesar de que la evidencia científica (LeBlanc, Beaulieu-Bonneau, Mérette, Savard, Ivers y Morin (2007), apunta a que las mujeres son las más propensas de padecer insomnio, la muestra en esta investigación contó casi con el mismo porcentaje de participantes por género.

Con respecto a las edades de la muestra, se encontró que el 75% presentó edades comprendidas entre los 18 y 41 años, siendo los rangos de 18 a 25 años y de 34 a 41 años los de mayor frecuencia. Llama la atención la presencia de problemas del sueño en la juventud temprana, pudiendo estar relacionado con los estilos de vida actuales que promueven una mala higiene del sueño, haciéndoles más vulnerables de padecer repetidamente de estos problemas en el futuro y que finalmente se consoliden en trastornos crónicos del sueño en la adultez.

Hay muchos factores que podrían afectar la experiencia del dormir. Los más comunes son el estrés y la ansiedad, las preocupaciones concernientes al trabajo, los estudios, las relaciones, que hacen difícil mantener despejada la mente hasta el punto de no poder relajarse antes de dormir. A menudo la fuente de estrés es el propio insomnio, entrando en un ciclo de auto-perpetuación en el que existe la preocupación adicional de la incapacidad para dormir bien, haciendo cada vez más difícil lograrlo. Harvey (2002), bajo el soporte de otras investigaciones, elaboró un modelo cognitivo del insomnio que implica múltiples procesos cognitivos que mantienen este trastorno. El modelo fue desarrollado para explicar el mantenimiento del insomnio primario según el DSM-IV. Las personas con insomnio sufren de pensamientos desagradables e intrusivos y de preocupaciones incontrolables antes de dormir. El estado durante el día es de ansiedad, preocupación, obsesiones, disforia, hipervigilancia y tensión.

En las entrevistas la mayoría de los participantes comunicó sentir que su sueño era “ligero” o “poco profundo”, con perturbación por factores ambientales como ruidos y/o luz, presencia de alguna alteración al dormir durante la niñez y/o adolescencia (sonambulismo, pesadillas, inquietud al dormir), uso de la televisión/computadora/celular en horas de la noche, comer/ir al baño durante los despertares en la madrugada, estar afectados anímicamente por algún inconveniente familiar/de pareja, dificultades de memoria durante el día, un patrón de mal dormir que se mantiene inclusive en vacaciones para los casos de insomnio crónico y haber conseguido mejoría con la realización de algún ejercicio físico.

Con respecto a la manera de describirse a sí mismos en cuanto a la personalidad, la mayoría refiere ser ansioso, con tendencia al estrés y a la depresión por situaciones personales, estar siempre preocupados, ser perfeccionistas “tratar de hacer siempre las cosas bien”, pensar mucho a toda hora, de callar como se sienten, ser pacientes hasta cierto límite para luego “estallar”, sensibles y tranquilos pero con preferencia a estar siempre ocupados y activos. Así, se puede observar la tendencia a un mal manejo de las emociones la mayor parte del tiempo.

Se ha encontrado que los puntajes en el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh a partir de 7 es un indicador sensible de insomnio a nivel clínico. Así, se obtuvo una media de los puntajes para esta variable de 11.05 y una desviación estándar de 3.36, siendo el 85% de los puntajes >= 8, es decir, esto nos indica que el 85% de la muestra presenta muy mala calidad del sueño y un insomnio con significancia clínica.

Adicionalmente, se tiene que el 80% de la muestra opina que la calidad de su sueño es deficiente. También, el 50% de ellos duerme menos de 5 horas. El 65% de la muestra presenta perturbaciones del sueño, es decir, el sueño no es continuo, dándose despertares por diferentes razones. Solo el 30% tiene un sueño reparador y el 70% presenta problemas en la latencia del sueño o conciliación. Sin embargo, a pesar de lo que muestran estos resultados, el 65% de la muestra considera que su problema es leve, esto podría indicar una negación como defensa ante esta problemática. Por último, el 85% de la muestra no emplea medicación para dormir y solo 25% ha acudido a consulta médica buscando ayuda especializada.

El tipo de insomnio que más se presentó fue el mixto (conciliación más mantenimiento) con el 55% de frecuencia. El 85% de la muestra presenta un insomnio crónico, con un mínimo de 6 meses de duración y el 15% restante presenta un insomnio agudo que, a pesar de presentar los síntomas durante el último mes antes de su participación en la investigación, fueron clasificados como un insomnio situacional (3 estudiantes universitarios) debido a que luego se corroboró que en vacaciones pudieron dormir bien. También, se observó que el 75% de la muestra presentó problemas para dormir de 3 o más veces por semana.

Jansson-Fröjmark y Lindblom (2008) encontraron que la ansiedad es un indicativo de mayor riesgo de padecer insomnio y viceversa, es decir, encontraron una relación bidireccional. Los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad-Estado muestran las puntuaciones de las categorías “Medio” y “Alto” igualadas en un 40% cada una. Es sabido acerca de la naturaleza anticipatoria de la Ansiedad y de su estado de activación ante una percepción amenazante orientada al futuro. Efectivamente, en la muestra 16 personas indicaron tener un estado de ansiedad medio-alto, además los relatos durante las entrevistas concuerdan con una condición de intranquilidad por no poder dormir bien, sienten que no tienen control sobre esa situación y les preocupa no saber qué hacer para cambiarla. Sin embargo, no se obtuvo una correlación entre la Calidad del sueño y la Ansiedad.

En lo referente a la depresión, la mitad de la muestra presentó casi equitativamente diferentes intensidades de síntomas depresivos (leve, moderado, grave). También, se obtuvo una correlación fuerte y positivamente significativa entre la Calidad del sueño y la depresión. Sbarra y Allen (2009), explican que la falta de sueño puede mantener a una persona deprimida, al incidir sobre las habilidades reguladoras de las emociones y creando círculos recursivos y viciosos entre el dormir y los estados del ánimo. Por su parte Pigeon (2010), menciona que la probabilidad de tener depresión en el contexto de insomnio es aproximadamente dos veces mayor que tener insomnio en el contexto de depresión, lo que sugiere que el insomnio puede ser considerado un indicador de riesgo de depresión. Recientemente, se ha encontrado que el insomnio puede actuar como un sistema de respuesta regulatorio que contrarresta la hiperactivación en el sistema nervioso central y somático (Naragon-Gainey, Watson y Markon, 2009).

De acuerdo a Bellak (1993), las variables que están presentes en la depresión tienen que ver con problemas en la regulación de la autoestima, la presencia de un superyó severo, una intraagresión, sentimientos de desilusión, de engaño, presencia de oralidad y hambre de estímulo, un mayor narcicismo secundario, la negación como mecanismo de defensa principal y perturbaciones en las relaciones objetales. Así, no es fortuito que se haya encontrado una fuerte correlación positiva entre depresión y neuroticismo. El neuroticismo conocido como afectividad negativa o rasgo de ansiedad, predispone a las personas a percibir y experimentar el ambiente donde se desenvuelven de manera más amenazante u hostil, interfiriendo con la adaptación. Hay una tendencia hacia las emociones negativas, como el miedo, la rabia y la tristeza. Además, está presente más la internalización de sentimientos y emociones.

En la investigación, el 50% de la muestra obtuvo indicativos elevados en neuroticismo, pero no se encontró correlación significativa con la calidad del sueño. No obstante, sus facetas mostraron porcentajes altos (>=50%) en hostilidad, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad. Danielsson, Jansson-Fröjmark, Linton, Jutengren y Stattin (2010), encontraron que el neuroticismo no está relacionado con el desarrollo de problemas en la conciliación del sueño, pero los problemas de conciliación en la adolescencia aparentemente si tienen una influencia directa en el neuroticismo en la adultez media e indirectamente a través de continuos problemas de conciliación en la adultez temprana.

Los problemas del dormir en la adolescencia pueden agravar el neuroticismo a través de cambios provocados por la privación del sueño. Consideran que una mala calidad del sueño puede influenciar el neuroticismo mediante preocupaciones sobre el dormir, incrementando la activación fisiológica y emocional. No obstante, la depresión cumple también un papel importante tanto en el problema del sueño como en su relación con ciertas facetas de la personalidad que lleva a la persona a afrontar la situación de manera particular, como se mencionó anteriormente.

Otras características encontradas en la personalidad de los insomnes participantes, fue una extroversión media-alta explicada a través de las facetas de gregarismo en sus niveles bajos, asertividad y emociones positivas en un nivel promedio para ambas variables. En el rasgo apertura a las nuevas experiencias el 80% de la muestra presenta un puntaje medio-alto explicado a través de las facetas de fantasía, sentimientos e ideas en sus niveles altos y valores en su nivel medio. Es de acotar que en cuanto a correlación, el factor extraversión presenta una relación fuerte y positivamente significativa con apertura. Así, una presencia de una extroversión moderada va acompañada de una apertura moderada, como efectivamente se encontró.

En el rasgo de amabilidad, la mitad de la muestra presentó una tendencia a tener poca confianza en los demás, a la agresividad, la competencia y egocentrismo, pudiendo ser considerados en ocasiones orgullosos o altivos. A su vez, se encontró que el factor amabilidad presenta una relación moderada y positiva con el rasgo responsabilidad. Así, bajos niveles en cordialidad y modestia, estarán acompañados de bajos niveles en escrúpulos, con poco sentido de obligación y falta de pensamiento antes de actuar, pobre control de los impulsos, dejadez en la consecución de sus objetivos personales, explicado a través de sus facetas de baja autodisciplina y actitud promedio en competencia, orden y en necesidad del logro, con tendencia a un bajo sentido del deber y a la deliberación. En la muestra solamente el 35% obtuvo puntajes altos-muy altos en responsabilidad y un 45% obtuvo puntajes bajos-muy bajos.

Adicionalmente, se encontró una fuerte relación negativa entre neuroticismo y responsabilidad, es decir, altos niveles en neuroticismo se relacionan con bajos niveles de responsabilidad y viceversa. Williams y Moroz (2009), consiguieron en su investigación asociaciones entre neuroticismo, responsabilidad y calidad del sueño en problemas cotidianos, apoyando la hipótesis de que las diferencias individuales en la exposición-reactividad al estrés pueden conferir vulnerabilidad-resilencia ante las perturbaciones del sueño. Las consecuencias de un mal dormir fueron mayores para los individuos con alto Neuroticismo y baja responsabilidad. Además, el mal dormir estuvo relacionado con síntomas depresivos. La combinación entre propensión hacia afectos negativos y control deficiente del esfuerzo, es la hipótesis relacionada a una pobre regulación emocional bajo condiciones de un mal dormir, es decir, los individuos con alto Neuroticismo y baja responsabilidad aparecen más expuestos al estrés causado por la percepción del mal dormir. Están propensos a enfocarse en las disfunciones referente al mal dormir, al desarrollo de preocupaciones extras, preparando el escenario que convierte un mal dormir en un problema crónico.

No resulta extraño que algunas de estas características se hayan encontrado también en los dibujos de la figura humana. Como muy bien explica Portuondo (1997), el dibujo de la figura humana sirve como un medio en el cual se proyectan expresiones del estado de ánimo y de las tensiones emociones de manera sencilla más allá de las palabras.

Se sabe, que los ojos son la parte más expresiva del rostro y cumplen la función de comunicación entre el mundo externo y el individuo. De acuerdo a los resultados, tener los ojos cerrados sería cerrarse al mundo, no querer ver o no ser visto, escaparse a través de la fantasía, evitando así enfrentar la realidad. Una mirada evasiva involucra una actitud de prescindir del contacto con el otro. De igual forma, los paranoides dibujan ojos penetrantes, con una impresión de tener la mirada fija a lo lejos, más allá de un contacto cercano.

También se observó en la mitad de los dibujos poca manifestación de movimiento en las figuras. La acción o movimiento está relacionada con la tendencia o por el contrario, la inhibición del contacto con la realidad, es decir, la relación entre el individuo y el medio. A pesar que el movimiento no es lo más frecuente en los dibujos, a veces se insinúa la actividad de caminar o mover los brazos. Si no hay movimiento, al menos puede haber una manifestación de plasticidad. Por el contrario, la rigidez casi siempre en figuras de frente en posición firme y tensa, se considera una actitud defensiva ante un sentir de poco control. Esto hace que se recurra a mecanismos de tipo obsesivo, careciendo de espontaneidad en las relaciones con los demás. Se está en alerta por un yo débil que se siente expuesto a impulsos, siendo los dibujos marcadamente simétricos. Por lo tanto, el equilibrio acentuado es una actitud defensiva ante el ambiente que se considera provocador de reacciones impulsivas.

A su vez, las borraduras son consideradas expresiones de ansiedad y cuando son realizadas en repetidas ocasiones se refieren principalmente a conflictos en esas áreas. Los dedos cuando son dibujados en forma de lanza tienen una connotación de agresividad como también lo significa las líneas gruesas y pesadas, que implican una actitud de aislamiento defensivo y de aprehensión.

Así, las características de la personalidad de los insomnes halladas en la presente investigación se resumen en altos niveles de: hostilidad, impulsividad, fantasía, apertura a los sentimientos y curiosidad intelectual; con bajos niveles de: gregarismo, confianza y autodisciplina. Todo esto acompañado de estados anímicos depresivos y ansiosos. Según lo alcanzado en la medición de la personalidad, el insomne cuenta con un perfil caracterizado por una tendencia a experimentar rabia, frustración y amargura, a sentirse incomodo con los demás, a estar sensible al ridículo y a desarrollar sentimientos de inferioridad, con incapacidad para controlar los impulsos e incapacidad para afrontar el estrés. Su extroversión moderada se debe a una baja preferencia por la compañía, relacionada con su poca disposición a creer en los demás, de que pueden ser honestos o bien intencionados con ellos.

Este fallo en la sociabilidad pudiera llevarle a no cumplir con sus objetivos y metas. También, su tendencia a fantasear no sólo como escape sino como una manera de recrear su mundo interno, le llevaría a distraerse con mayor frecuencia y por ende, afectaría su rendimiento. Asimismo, experimenta con profundidad sus emociones y con gran intensidad, tiene una gran curiosidad intelectual y trata de mantenerse abierto a nuevas informaciones, aún si son poco convencionales.

La manera de relacionarse con el mundo y los demás está sujeta a rasgos de personalidad paranoide. Así, trataría primero de enfrentarse a los sentimientos dolorosos y los impulsos inaceptables mediante la represión. Pero cuando esto falla, las defensas a las cuales recurre es a la negación, proyección y formación reactiva, así hace frente a esos sentimientos que no pudieron reprimirse por completo. Este tipo de personalidad tiende al enojo fácil y al no poder hacerle frente, lo proyecta en el otro en forma de resentimiento. Todo esto genera dificultades en las relaciones con los demás, a una tendencia al retraimiento emocional, utilizando la fantasía para reforzar su negativa de la realidad dolorosa. La culpa por sus sentimientos hostiles hacia los otros, le lleva a no expresar el enojo directamente.

Su paranoia se alterna con sus estados depresivos, que involucran problemas en la autoestima dado que se siente incapaz de vivir acorde a sus aspiraciones. Bajo este estado, la manía entra en acción como defensa, en forma de omnipotencia negación, desprecio e idealización. La autocrítica severa, el temor por perder la aprobación del otro, su tendencia al perfeccionismo y a la competencia.

Contando con estas características, el insomne se mantiene tenso y ansioso, con rumiaciones acerca de sus problemas cotidianos durante el día y antes de dormir, así los pensamientos intrusivos relacionados con tener que dormir bien, la salud, el trabajo y los conflictos interpersonales, le desbordan y agotan. Luego, al no haber podido descansar se siente aún más fatigado, tenso, ansioso, irritable y deprimido, lo que le lleva a distanciarse de la interacción social, no rindiendo productivamente en sus actividades e incrementándose sus preocupaciones por sus problemas. Este tipo de personalidad no sería solo una predisposición hacia el insomnio, sino que forma parte de un gran grupo de factores psicológicos y fisiológicos que interactúan, y sería lo que realmente predispone y perpetúa el insomnio crónico.

1. **CONCLUSIÓN**

Como se ha mencionado a lo largo de la investigación, el mal dormir se ha encontrado relacionado con una desregulación emocional, por lo que ha sido medido a través de índices que reflejan la expresión e intensidad de los afectos. Así, las relaciones que se encontraron fueron entre la calidad del sueño y la depresión, y entre el neuroticismo y la depresión, a pesar de que está ultima no se había planteado desde un inicio. Lo que explican estás relaciones es que si una variable está presente, es muy probable que la otra también lo esté, es decir, si existe un insomnio muy probablemente hay una depresión de fondo o que si hay una depresión muy probablemente este acompañada de insomnio. Lo que no se podría decir es si el insomnio sería un síntoma del trastorno afectivo o un trastorno comórbido y viceversa. La depresión estaría relacionada a su vez con un tipo de personalidad al cual estaría predispuesto el individuo que convierte el fenómeno en un sistema en forma de círculo vicioso. Sin embargo, la predisposición hacia el neuroticismo, no es suficiente para causar problemas en el sueño. Un estilo de vida estresante puede agravar el neuroticismo y con esto los problemas del sueño. A su vez, los problemas del sueño pueden incrementar el neuroticismo.

Adicionalmente, se encontró en la presente investigación lo siguiente:

* El género no es un factor que predispone a la persona de padecer insomnio con mayor probabilidad.
* Una presencia de insomnio en la juventud temprana en rango de edades entre 18 a 25 años y 34 a 41 años en su mayoría.
* El tipo de insomnio más presente fue el crónico y mixto (conciliación más mantenimiento).
* Las características de personalidad más prevalentes en el insomne son la hostilidad, impulsividad, fantasía, apertura a los sentimientos y curiosidad intelectual. Además, de contar con bajos niveles en gregarismo, confianza y autodiscilplina, acompañado de estados anímicos ansiosos y depresivos.
* La manera que tiene el insomne para relacionarse con el ambiente concuerda con el funcionamiento de un paranoide y los principales mecanismos de defensa a los cuales recurre son la depresión, negación, proyección y formación reactiva.
* El insomnio sería el resultado de un conjunto de factores psicológicos y fisiológicos que interactúan perpetuando el problema, en forma de un sistema formado por diferentes elementos que se complementan, convirtiendo el problema en cíclico y recurrente.

Para finalizar, el insomnio sería una consecuencia de un estado emocional alterado y una activación fisiológica constante sino que también sería un síntoma somático de lo inervado en el cuerpo como defensa ante la incapacidad de entender y hacer frente a la ansiedad que provoca la valoración de su vida y del mal domir, es decir, debido a que los recursos con los que cuenta para manejar la ansiedad, el dolor y la culpa no son suficientes, lo desplaza al cuerpo como última estrategia para volver recobrar el equilibrio en su mente.

1. **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

La principal limitación que se encontró en la realización de esta investigación se dio en la consecución de la muestra. Debido a los altos niveles de desconfianza y suspicacia en el insomne, resulta difícil su aceptación de participación en investigaciones que conllevan la aplicación de pruebas y entrevistas que le exploren a nivel personal. A su vez, pocos profesionales se encuentran dispuestos a colaborar mediante la facilitación de sus pacientes, por considerarlo un tema delicado.

Igualmente, la adecuación a los horarios disponibles de cada participante y el tiempo requerido para la ejecución de las diferentes mediciones, podría requerir que el procedimiento se desarrolle en varias sesiones individualizadas según el caso, por lo que debe ser considerado en los pronósticos realistas con respecto al tiempo y número de investigadores necesarios si se desea trabajar con diferentes grupos experimentales y de mayor tamaño cada uno.

El diagnóstico diferencial entre insomnio primario y secundario requiere una evaluación exhaustiva por especialistas del área, a modo de determinar el orden de aparición entre los trastornos. A pesar de que en esta investigación durante la entrevista inicial se efectuaban preguntas referentes a la historia médica personal y familiar del insomne, no estuvo dirigida a un diagnóstico definitivo sino más bien a un acercamiento y confirmación de criterios requeridos para formar parte de la muestra, esto debido a que el objetivo de la investigación no era el de conocer las relaciones causales entre las variables ni de realizar predicciones, sino la posibilidad de encontrar o no relaciones entre las mismas. Así, se realizaron mediciones de síntomas más no se determinó diagnósticos formales de trastornos por lo que se desconoce las relaciones causales entre estas y el insomnio. Para ello se recomienda el desarrollo de investigaciones longitudinales.

Se recomienda ampliar el tamaño de la muestra a fin de realizar comparaciones entre grupos de pacientes y no pacientes de igual tamaño y observar si se dan diferencias significativas entre ambos. También, el determinar diferencias entre los tipos de insomnio ayudaría en un mejor entendimiento del fenómeno y así poder ampliar el alcance de los resultados.

Se recomienda el diseño de programas terapéuticos más allá del alivio de los síntomas, considerando los hallazgos encontrados en esta y otras investigaciones con respecto a la personalidad y los estados afectivos presentes en el insomnio.

1. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual* (2da. Ed.). Westchester, IL: Autor.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE.UU: Autor.

Alberdi, J.; Taboada, O.; Castro, C. y Vázquez,C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas, 6*(11). 1-6.

Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J. y Gallart, S. (2008). Validez convergente y estructural del NEO-PI-R. Baremos Orientativos. *Boletín de Psicología*, *92*, 7-25.

Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (2da. ed.).México, D.F.: Manual Moderno.

Breus, M. (2007). *Buenas Noches: Un programa práctico y científicamente probado para dormir bien y mejorar la salud.* Barcelona, España: Vergara.

Buysse D., Reynolds C., Monk T., Berman S. y Kupfer D. (1989). The Pittsburg sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry*, *28*, 193-213.

Carlson, N. (1996). *Fundamentos de Psicología Fisiológica* (3ra. ed.). México: Prentice-Hall.

Conde, V. y Sánchez de Vega (1969). La escala Autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos de Neurobiología, 32*, 535-558.

Costa, P. y McCrae, R. (2002). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R).* Madrid: TEA Ediciones.

Danielsson, N.; Jansson-Fröjmark, M.; Linton, S.; Jutengren, G. y Stattin, H. (2010). Neuroticism and sleep-onset: What is the long-term connection? *Personality and Individual Differences* *48,* 463-468.

Dikeos, D. y Soldatos, C. (2005). The condition of insomnia: Etiopathogenetic considerations and their impact on treatment practices. *International Review of Psychiatry*, *17*(4), 255-262.

Doghramji K. (2009). *Common Comorbidities of Insomnia*. Recuperado el 2 de Octubre de 2012 del sitio Web del [Medscape Neurology](http://www.medscape.org/neurology) http://www.medscape.org/viewarticle/585753

Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México, D.F: McGraw-Hill.

Eysenck, H. y Eysenck, M. (1985). *Personality and Individual Differences*. New York: Plenum Press.

Fernández, J. (2010). *Insomnio crónico: subtipos basados en hallazgos polisomnográficos, psicopatológicos y neuropsicológicos.* Tesis Doctoral no publicada. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Harvard Women´s Health Watch (2009). *Psychodynamic therapy is effective in treating chronic worry*. Recuperado el 23 de Septiembre del 2010 de http:// www.health.harvard.edu

Harvey, A. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 869–893.

Hales, R. y Yudofsky, S. (2004). *Tratado de Psiquiatría Clínica* (4ta. ed). Barcelona, España: MASSON.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación* (3a ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.

Jansson-Fröjmark, M. y Lindblom, K. (2008). A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 64,* 443–449

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento* (4ta ed.). México: McGraw-Hill.

Kolb, B. y Whishaw, I. (2006). *Neuropsicología Humana* (5ta. Ed.). Madrid: Panamericana.

LeBlanc, M.; Beaulieu-Bonneau, S.; Mérette, C., Savard, J.; Ivers, H. y Morin, C. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*(2), 157-166.

Lundh, L., Broman, J. Hetta, J. (1995). Personality Traits in Patients with Persistent Insomnia. Personality and Individual Differences, *18*(3), 393-403.

Mendoza, J. (2010). *Insomnio Crónico: Subtipos basados en hallazgos polisomnográficos, psicopatológicos y neuropsicológicos*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

Morin, C. (1993*). Insomnia: Psychological assessment and management*. New York:

Guilford Press.

Morin, C. y Espie, C. (2003). *Insomnia: A Clinical Guide to Assessment and Treatment.* New York: Kluwer Academic Publishers.

Naragon-Gainey, K.; Watson, D. Y Markon, K. (2009). Differential Relations of Depression and Social Anxiety Symptoms to the Facets of Extraversion/Positive Emotionality. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(2), 299-310.

National Sleep Foundation (2005). NIH State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. *NIH Consens Sci Statements*, *22*(2), 1–30.

Nielsen, T. y Stenstrom, P. (2005). What are the memory sources of dreaming? *Nature*, *437*, 1286-1289.

Parada, M. (2009). *Programa de intervención psicológica para el tratamiento de insomnio a los pacientes con indicación de rehabilitación cardíaca*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

Pigeon, W. (2010). Diagnosis, prevalence, pathways, consequences & treatment of insomnia. *Indian Journal of Medical Research*, *131*, 321-332.

Pincus, C. (1996). *Psiconeurología*. Caracas: Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela.

Polaino-Lorente, A.; Cabanyes, J. y Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad.* Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra.

Portuondo, J. (1997). *La Figura Humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Prieto, D., Echeto, S., Faneite, P., Inciarte, J., Rincón, C. y Bonilla, E (2006). Calidad del sueño en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Investigación Clínica*, *47* (1), 5-16.

Roth, T. (2009). Comorbid Insomnia: Current Directions and Future Challenges. *American Journal of Managed Care, 15*(1), 6-13.

Salomé, M. y Pareja, J. (2008). Tratamiento del Insomnio [Versión electrónica], *Información Terapéutica,* Sistema Nacional de Salud, *32*(4), Recuperado el 15 de Abril de 2012, de http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\_propios/infMedic/docs/vol32\_4TratInsomnio.pdf

Sbarra, D. y Allen, J. (2009). Decomposing Depression: On the Prospective and Reciprocal Dynamics of Mood and Sleep Disturbances. *Journal of Abnormal Psychology, 118*(1), 171-182.

Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychological Association, 65*(2), 98–109.

Schmidt, R.; Harvey, A. y Van der Linden, M. (2011). Cognitive and affective control in insomnia. *Frontiers in Psychology*, *2*(349), 1-11.

Schmidt, V., Firpo, L. Vion, D, De Costa Oliván, M., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. y Pedrón, V. (s.f.). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, *11*(2).

Schutte-Rodin, S.; Broch, L.; Buysse, D.; Dorsey, C. y Sateia, M. (2008). Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 4*(5), 487-504.

Spielberger, C; Gorsuch, R.y Lushene. R. (1982*). Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAIC).* Madrid: TEA.

Tarnow, E. (2003). How dreams and memory may be related. *Neuro-Psychoanalysis*. *5*(2).

Van de Laar, M.; Verbeek, I.; Pevernagie, D.; Aldenkamp, A.; Overeem, S. (2010). The role of personality traits in insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, *14*, 61-68.

Vivas, M., Gallego, D. y González, B. (2007). *Educar las emociones (2da ed.).* Mérida: Producciones Editoriales C.A.

Williams, P. y Moroz, T. (2009). Personality vulnerability to stress-related sleep disruption: Pathways to adverse mental and physical health outcomes. *Personality and Individual Differences, 46*, 598-603.

1. **ANEXOS**

**Anexo 1. Entrevista semi-estructurada para la evaluación del Insomnio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellido: | Edad: | Sexo: | C.I.: |
| Estado civil: | Ocupación: | Referencia: | Contactos: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Presentación de la queja del sueño. | ¿Puedes describir tu hábito para dormir todas las noches? | Tiempo en quedarse dormido.  Número y duración de los despertares.  Tiempo |  |
| Calidad | ¿Cómo te sientes acerca de la calidad de tu dormir? | ¿Descansada  ¿Lo disfrutas?  ¿Te refresca? |  |
| Efectos en el día | ¿Cómo te sientes durante el día? | ¿Cansado?  ¿Somnoliento?  ¿Con poca concentración?  Irritable?  ¿En qué momentos del día? |  |
| Desarrollo de la queja en el dormir | ¿Te recuerdas cómo comenzó ese problema de sueño? | ¿Eventos y circunstancias?  ¿Fecha y tiempo?  ¿A variado desde entonces?  ¿Factores que lo exacerban?  ¿Factores que lo mejoran?  ¿Grado de impacto? |  |
| Historia de vida de la queja en el dormir | ¿Solías dormir bien? | ¿Sueño en la infancia?  ¿Sueño en la adultez?  ¿Naturaleza de episodios pasados?  ¿Fecha y tiempos?  ¿Resolución de los episodios? |  |
| Salud en general | Generalmente, cuentas con buena salud? | ¿Enfermedades?  ¿Problemas crónicos?  ¿Fecha y tiempo?  ¿Cambios recientes en la salud? |  |
| Antecedentes familiares | Salud en la familia | ¿Ha habido problemas del sueño en la familia?  ¿Psiquiátricos? |  |
| Psicopatología e historia de funcionamiento psicológico | ¿Eres el tipo de persona que generalmente manejas bien las situaciones? | ¿Problemas psicológicos?  ¿Ansiedad y depresión?  ¿Fecha y tiempos?  Tipo de personalidad |  |
| Diagnóstico diferencial | ¿Roncador?  ¿Tus piernas se mueven mucho o no pueden mantenerse quietas?  ¿Sientes que quieres dormir en malas horas?  ¿A veces actúas raro durante el dormir?  ¿Te quedas dormido de repente y sin aviso?  ¿Está tomando medicamento para dormir? | ¿Dejas de respirar en la noche?  ¿Exceso de sueño durante el día?  ¿Problema de mantener las piernas quietas mientras está sentado?  ¿Muy temprano? ¿Muy tarde? |  |

**Anexo 2. Consentimiento informado**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SELLO_GRANDE_UCV.jpg | **UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA**  **Facultad de Humanidades y Educación**  **Escuela de Psicología**  **Opción Clínica Dinámica** | FHEUCV.jpg |

A continuación se te presentan 3 escalas distintas que deberás responder con la mayor sinceridad posible. Recuerda que tus respuestas no son correctas o incorrectas sino las que más se adecuen a ti o a las situaciones que se te plantean.

Los datos serán utilizados de manera confidencial y anónima, únicamente serán revisados con fines de la investigación y su identidad no será revelada en ningún caso.

Antes de continuar, se requiere su autorización voluntaria en la participación de esta fase de la investigación.

Yo autorizo la utilización de los datos suministrados única y exclusivamente con fines académicos para efectos de la investigación realizada.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.I.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo 3. Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh-PSQI**