

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN UNIVERSITARIOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y TRASTORNOS DEL
SUEÑO EN UNIVERSITARIOS DE UABC Y UAEM**

TÉSIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

KEYLA GISELLE CRUZ MARTINEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RUBÉN AVILÉS REYES

COMITÉ SINODAL:

DRA. LORETA ROMERO WELLS

DRA. RITA SOFÍA TRILLO GABALDON

MTRO. EDGAR ADRIÁN ARIAS CHÁVEZ



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES
CAMPUS ENSENADA



Relación entre Sintomatología Depresiva y Trastornos del Sueño en
Universitarios

Tesis

PARA CUBRIR LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Presenta

Keyla Giselle Cruz Martinez

363504

A quien el Comité de Tesis autoriza el trabajo terminal, después de haber efectuado una revisión minuciosa del mismo y de acuerdo con el Art. 19 del R.G.E.P.E.P, las y los señores profesores emiten los siguientes votos aprobatorios mediante rúbrica.

Dr. Rubén Avilés Reyes

DIRECTOR

Dra. Loreta Isabel Romero Wells

SINODAL

Dra. Rita Sofía Trillo Gabaldon

SINODAL

Mtro. Edgar Adrian Arias Chávez

SINODAL

“Por la Realización Plena del Ser”

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN UNIVERSITARIOS

**A mi madre, por su apoyo, confianza y amor
incondicional.**

**¿Que sería la vida si no tuviéramos
el valor de intentar cosas nuevas?**

Vicent van Gogh

Agradecimientos

A mi director de tesis Dr. Ruben Aviles Reyes agradezco profundamente por todo su apoyo, dedicación, tiempo, paciencia y sobre todo por su confianza hacia mí durante todo este proceso.

A mi madre y padre por su apoyo incondicional, su amor infinito y por nunca dejar que me rindiera y me detuviera en el camino, por impulsarme en todo momento.

A mis hermanos por ser mi fuerza y motivación día con día.

A mis amigas por permanecer a mi lado en todo momento, por esas noches de desvelo juntas y siempre brindarme su apoyo y confianza

A mi mejor amigo por impulsarme a iniciar con este proyecto, por siempre poner su total confianza en mí.

Y a ti por ser un apoyo incondicional, por motivarme día con día, por ser mi calma en mis momentos de estrés y por todo tu amor.

RESEÑA CURRICULAR

Keyla Giselle Cruz Martinez

Keyla Giselle Cruz Martinez es egresada de la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, finalizó sus estudios con un promedio general de 94.27. Impartió un taller para padres sobre el “Manejo de Conductas Disruptivas en Niños” en la Universidad Autónoma de Baja California en 7mo semestre. Presentó el trabajo de investigación titulado “entrenamiento para padres para la identificación de la función de conductas desafiantes y la selección de estrategias adecuadas”, en el 1er Congreso Estudiantil de Psicología (COEPSI) 2023 en 8vo semestre. Participó en el comité organizador del 1er Congreso Estudiantil de Psicología, llevado a cabo del 11 al 15 de noviembre del 2023 en la Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, unidad Valle Dorado. Participó como becaria de la coordinación de la carrera de psicología en el periodo 2023-2. Presentó cartel de investigación titulado “Sintomatología Depresiva y y Trastornos del Sueño en Universitarios” en el 5to Congreso Internacional de Investigación Transdisciplinar en Ciencias Humanas (CONIITCH) 2024.

Índice

1. Resumen	1
2. Antecedentes...	2
2.1 Depresión.....	2
2.2 Calidad de sueño.....	9
3. Planteamiento del problema...	14
4. Justificación...	15
5. Metodología...	15
5.1 Participantes.....	16
5.2 Criterios de inclusión.....	16
5.3 Criterios de exclusión.....	17
6. Hipótesis	17
7. Variables	17
8. Objetivos...	17
8.1 Específicos... ..	18
9. Consideraciones éticas	18
10. Procedimientos	19
11. Instrumentos aplicados...	20
12. Análisis de datos	21
13. Resultados	22
14. Discusión de resultados	27
15. Referencias...	30
16. Anexos	34

RESUMEN

Desde el DSM-5 (2014) la depresión se entiende como un estado de tristeza o humor bajo la mayor parte del día casi todos los días y que va acompañado de síntomas cognitivos y fisiológicos como alteraciones del sueño, sobre todo, cuando los síntomas son de moderados a graves. El mismo manual estadístico para los trastornos mentales DSM-5 define a los trastornos del sueño como una queja persistente en el inicio, intermedio o al final del sueño, su duración, consolidación o calidad durante el periodo del dormir que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidades para el mismo.

La siguiente investigación tuvo como objetivo analizar la relación de la sintomatología depresiva y los trastornos del sueño de los universitarios. Los resultados indican que, a mayor sintomatología depresiva en intensidad, mayor dificultad para dormir. Lo anterior puede indicar que los universitarios que manifiestan síntomas depresivos y alteraciones del sueño puede repercutir en dificultades para la cognición, el aprendizaje y una calidad de vida de su actividad de la vida cotidiana. Se requiere un análisis profundo de los hallazgos para determinar tratamientos en beneficio de esta población.

Palabras clave: Depresión, Trastornos de sueño, Universitarios

Antecedentes teóricos

Capítulo I. Depresión

Desde hace unos años la depresión ha sido un tema de suma relevancia en el ámbito de la psicología, ya que conlleva graves problemas de salud, afectando no solo lo emocional sino también en lo fisiológico.

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), es la pérdida de placer o falta de interés hacia la mayoría de las actividades por un largo periodo de tiempo, misma que afecta en todos los ámbitos de vida de quienes la padecen, ya sea en el hogar, trabajo o escuela.

Según el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-5), el trastorno depresivo mayor implica cambios en el afecto, cognición y funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas y su diagnóstico puede estar basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente.

La enfermedad depresiva, es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. (Del Cid, 2021).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública, 2023, la depresión puede prevenirse, y detectarse, por lo que puede ser tratada a tiempo con la finalidad de minimizar sus efectos negativos tanto a corto como largo plazo.

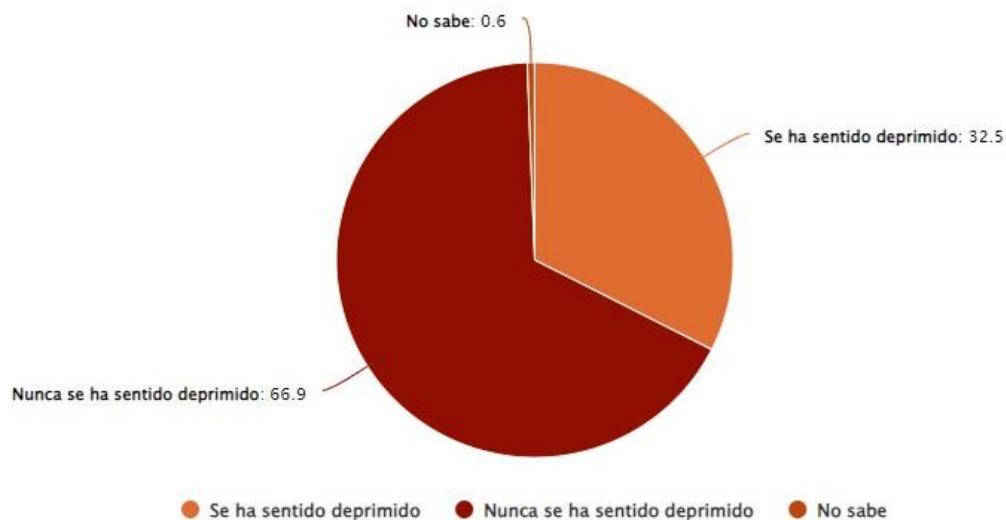
Así mismo, se hizo la valoración de cambios en la prevalencia de síntomas depresivos y en la cobertura y tratamiento entre 2006 y 2018 a adultos jóvenes y adultos mayores de 20 años en adelante, en los cuales los resultados de un estudio muestran una gran disminución de síntomas depresivos de ambos años, pasando de 12.6 a 9.5% y de 16.3 a 13.3%. (instituto nacional de salud pública, 2023).

INEGI (2022) refiere que en México, los integrantes del hogar de 12 años de edad en adelante, al menos el 32.5% tiene sentimiento de depresión, mientras que el 0.6% no sabe si se ha sentido o no deprimido, y finalmente el 66.9% nunca ha tenido sentimientos de depresión.

Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión

Porcentaje

2017



Fuente:

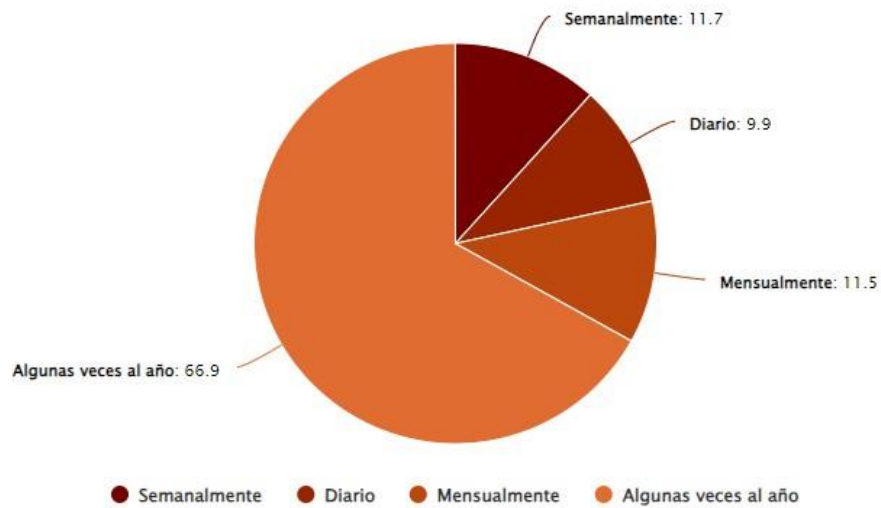
[Encuesta Nacional de los Hogares \(ENH\)](#)

Por otra parte, INEGI (2022), hace referencia a la frecuencia con la que los integrantes de los hogares con edades de 12 años en adelante, suelen tener estos sentimientos de depresión, mencionando que el 9.9% se siente deprimido todos los días; el 11.7% suele sentirse deprimido semanalmente, el 11.5% cada mes y el 66.9% solo algunas veces al año.

Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión por frecuencia

Porcentaje

2017



Fuente:

[Encuesta Nacional de los Hogares \(ENH\)](#)

Según el DSM-5 (2014), los criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor son los siguientes:

Tabla 1. Trastorno depresivo mayor (criterios de diagnóstico DSM-5)

Criterio	Diagnóstico
A	Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de

	<p>interés o de placer. Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B	<p>Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
C	<p>El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.</p> <p>Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el</p>

	sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.'
D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Además, se cuenta con otro manual muy importante que permite la evaluación y el diagnóstico de la depresión, nos referimos al CIE-11 (2022), el cual fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y que indica lo siguiente:

Tabla 2. Descripción del Episodio Depresivo (CIE-11)

Características esenciales (requeridas):	La presencia simultánea de al menos cinco de los siguientes síntomas característicos que se producen la mayor parte del día, casi todos los días, durante un periodo de al menos dos semanas. Al menos uno de los síntomas del grupo afectivo debe estar presente. La evaluación de la presencia o ausencia de síntomas debe hacerse en relación con el funcionamiento habitual del individuo.
Grupo afectivo:	<ul style="list-style-type: none"> ● Estado de ánimo depresivo referido por el individuo (p. ej., sentirse decaído, triste) u observado (p. ej., lloroso, apariencia de abstramiento). En niños y adolescentes el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como irritabilidad. ● Marcada disminución del interés o placer por actividades, en especial aquellas que normalmente eran agradables para el individuo. Estas últimas pueden incluir una reducción en el deseo sexual.
Grupo cognitivo-conductual:	<ul style="list-style-type: none"> ● Reducción en la capacidad para concentrarse o para mantener la atención en actividades o una marcada indecisión. ● Creencias de baja autoestima o culpa excesiva o inapropiada que pueden ser claramente delirantes. Este elemento no debe considerarse

	<p>presente si la culpa o el autorreproche es exclusivamente por estar deprimido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Desesperanza sobre el futuro. ● Pensamientos recurrentes de muerte (no solo el miedo a morir), ideación suicida recurrente (con o sin un plan específico) o evidencia de intento suicida.
Grupo neurovegetativo:	<ul style="list-style-type: none"> ● Alteración significativa del sueño (retraso en la conciliación del sueño, aumento en la frecuencia de despertares durante la noche o despertar temprano) o sueño excesivo. ● Cambios significativos en el apetito (disminución o aumento) o cambios significativos en el peso (ganancia o pérdida). ● Signos de agitación o retardo psicomotor (observable por otros, no solo las sensaciones subjetivas de inquietud o lentitud). ● Reducción de la energía, fatiga o marcado cansancio tras el desgaste producido por un mínimo esfuerzo. <ul style="list-style-type: none"> ❖ Los síntomas no se explican mejor por el duelo. ❖ Los síntomas no son la manifestación de otra enfermedad (p. ej., un tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso (p. ej., benzodiacepinas), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p. ej., abstinencia de estimulante). ❖ La presentación clínica no cumple con los requisitos diagnósticos de un episodio mixto. ❖ La alteración del estado de ánimo provoca un deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, ocupacional, u otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene, es debido a un esfuerzo adicional significativo.
Características clínicas adicionales:	<ul style="list-style-type: none"> ● En algunos individuos, el componente anímico de un episodio depresivo puede ser principalmente experimentado y expresado como irritabilidad o como una ausencia de la experiencia emocional (p. ej., "vacío"). Se puede considerar que estas variantes en la expresión del componente afectivo cumplen con el requisito del estado de ánimo depresivo para un episodio depresivo si representan un cambio significativo del funcionamiento normal del individuo. ● En algunos individuos, particularmente aquellos que experimentan un episodio depresivo grave, pueden ser renuentes a describir ciertas experiencias (p. ej., síntomas psicóticos) o incapacidad para detallar (p. ej., debido a síntomas de agitación o retardo psicomotor). En tales casos, los signos observados por el clínico o reportados por un informante pueden ayudar a determinar el estatus del diagnóstico y la gravedad del episodio. ● Los episodios depresivos pueden asociarse con un incremento en el consumo de alcohol y otras sustancias,exageración de síntomas psicológicos pre- existentes (p. ej., fobias o síntomas obsesivos), o preocupaciones somáticas.
Límites con la normalidad (umbral)	<ul style="list-style-type: none"> ● Cierta grado de estado de ánimo depresivo es una reacción normal a eventos adversos graves y problemas de la vida (p.ej., divorcio, pérdida de trabajo), y es frecuente en la comunidad. Un episodio depresivo se distingue de esta experiencia común por la gravedad, rango y duración de los síntomas. Si las características esenciales de un episodio depresivo se cumplen, se debe considerar aún presente un episodio

	<p>depresivo, incluso si se han identificado factores externos como desencadenantes del episodio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No debe considerarse la presencia de un episodio depresivo si el individuo presenta síntomas normales de duelo, incluyendo un cierto nivel de síntomas depresivos, y si el individuo ha experimentado un evento de pérdida significativa en los últimos 6 meses, o incluso más tiempo si el periodo más prolongado del duelo es consistente con la respuesta normativa para el duelo dentro del contexto religioso y cultural del individuo. Los individuos con antecedentes de trastornos depresivos pueden experimentar síntomas depresivos durante el duelo, pero esto no necesariamente indica un mayor riesgo de desarrollar posteriormente un trastorno depresivo. Sin embargo, un episodio depresivo puede superponerse al duelo normal. La presencia de un episodio depresivo durante un periodo de duelo debe ser sugerida por la persistencia de los síntomas depresivos constantes después de un mes o más de la pérdida (es decir, no hay períodos de estado de ánimo positivo o disfrute de actividades), por síntomas depresivos graves como las creencias extremas de baja autoestima y culpabilidad no relacionadas con la pérdida del ser querido, presencia de síntomas psicóticos, ideación suicida, o retardo psicomotor. Es importante considerar el antecedente de trastorno depresivo o trastorno bipolar para hacer esta distinción
<p>Presentaciones a lo largo del desarrollo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El episodio depresivo es relativamente raro en la infancia y ocurre con una frecuencia similar entre niños y niñas. Después de la pubertad, las tasas aumentan significativamente y las niñas tienen aproximadamente el doble de probabilidades que los niños de experimentar un episodio depresivo. • Todas las características del episodio depresivo se pueden observar en niños y adolescentes. Al igual que en los adultos, los síntomas del episodio depresivo deben representar un cambio con respecto al funcionamiento anterior. La evaluación del episodio depresivo en niños más pequeños, en particular, es probable que se base en la información aportada por otros informantes (por ejemplo, los padres) sobre los signos y síntomas, y la medida en que estos representan un cambio en el funcionamiento anterior. • <u>Grupo afectivo</u>: En los niños pequeños el estado de ánimo deprimido puede presentarse como una afección somática (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago), lloriqueo, aumento de la ansiedad por separación o llanto excesivo. El estado de ánimo deprimido a veces puede presentarse en niños y adolescentes como una irritabilidad generalizada. Sin embargo, la presencia de irritabilidad no es en sí misma indicativa de un episodio depresivo y puede indicar la presencia de otro trastorno mental y del comportamiento o ser una reacción normal a la frustración. • <u>Grupo cognitivo-conductual</u>: La reducción de la capacidad para concentrarse o mantener la atención puede manifestarse como una disminución en el rendimiento académico, un aumento del tiempo necesario para completar las tareas escolares o una incapacidad para completar los deberes. Estos síntomas del episodio depresivo se deben diferenciar de los problemas de atención y concentración en los trastornos por déficit de atención e hiperactividad que no están relacionados temporalmente con cambios en el estado de ánimo o la energía. • <u>Grupo neurovegetativo</u>: la hipersomnia y la hiperfagia son síntomas más comunes de un episodio depresivo en adolescentes que en adultos. La

alteración del apetito en niños y adolescentes puede manifestarse por la falta de aumento de peso como se espera para la edad y el desarrollo, más que como pérdida de peso.

- De manera similar a los adultos, los niños y adolescentes que experimentan un episodio depresivo tienen un mayor riesgo de suicidio. En los niños más pequeños, el suicidio puede manifestarse en declaraciones pasivas (por ejemplo, "No quiero estar más aquí") o como la presencia de temas relacionados con la muerte durante el juego, mientras que los adolescentes pueden hacer declaraciones más directas sobre su deseo de morir. Los comportamientos autodestructivos que no son explícitamente suicidas en términos de letalidad o intención expresada también pueden ocurrir en el episodio depresivo en niños pequeños y adolescentes. Algunos ejemplos incluyen golpes en la cabeza o rasguños en niños pequeños y cortes o quemaduras en adolescentes. Si no se atienden, estos tipos de conductas tienden a aumentar en frecuencia e intensidad a lo largo del tiempo entre los niños y adolescentes con trastornos depresivos.

Capítulo II. Calidad de sueño

El sueño se define como un estado de reposo fisiológico diferente al de la vigilia, indispensable para la vida, que ocupa la tercera parte de nuestra vida. Los trastornos del sueño son una patología muy frecuente tanto aislada, propia como tal y constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en las ciudades occidentales. (Torres, 2011).

Según Guadamuz, Miranda y Mora (2022) los trastornos de sueño predominan a un nivel muy alto en la población adulta, estos pueden llegar a ocasionar alteraciones que llegan a afectar en la calidad de vida de los individuos, por lo que debe ser diagnosticada y tratada a tiempo.

La depresión, ansiedad y cambios cognitivos son algunos de los efectos más frecuentes que surgen de los trastornos del sueño, así mismo las alteraciones persistentes del sueño como el insomnio son considerados factores de riesgo que en su momento pueden desarrollar enfermedades mentales y trastornos por consumos de sustancias. (...)

Los trastornos del sueño se clasifican en 10 grupos, trastorno de insomnio, hipersomnia, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano de sueño- vigilia, trastornos del despertar del sueño no REM, trastorno de pesadillas, trastorno del comportamiento del sueño REM, síndrome de las piernas inquietas y trastorno del sueño inducido por sustancias/ medicamentos.

Sierra, Jiménez y Martín (2002) afirman que es sumamente importante mantener una buena calidad de sueño, es decir, no solo por la cantidad de horas que dormimos si no que este incluya un buen funcionamiento diurno, ya que es fundamental tanto para mantener un estado de bienestar físico y psicológico, como para llevar un buen estilo de vida.

En un estudio realizado por Miró, Cano y Buelo (2005), se menciona que existe una interrelación entre los procesos del sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona.

El DSM-5 (2014) define el trastorno de insomnio como la insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño caracterizada por la dificultad para conciliar y mantener el sueño, así como despertares frecuentes o dificultades para volver a conciliar el sueño después de despertar, y despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.

Guadamuz, Miranda y Mora (2022) afirman que alrededor del 10-15% de la población padecen de insomnio severo, no obstante, cerca del 80% ha sufrido insomnio transitorio alguna vez en su vida. El 40-50% de la población que padece de insomnio, también presenta un trastorno mental comórbido.

Álamo, Alonso, Cañellas, Martín, Pérez, Romero y Terán (s.f.) declaran que el insomnio es uno de los trastornos del sueño más frecuentes en la población, mismo que prevalece más en las mujeres que en hombres de edad adulta, este puede comenzar con el nacimiento de un nuevo hijo o en la menopausia.

En un estudio realizado por Solimán y colaboradores (2015) a estudiantes universitarios sobre la prevalencia de los distintos síntomas del insomnio se encontró que, de una población 196 alumnos, el 80,6% dicen sufrir somnolencia, además de horas insuficientes de sueño; el 57,7% mencionó tener una inducción retrasada de sueño; el 56,6% de los universitarios tardan en quedarse dormidos o presentan despertares nocturnos; y finalmente el 53,6% suele despertarse en diversas ocasiones en el transcurso de la noche.

Según el DSM-5 (2014), los criterios diagnósticos de trastorno de insomnio son los siguientes:

Criterios	Diagnóstico
A	Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes: <ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="418 1717 1442 1780">1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.)<li data-bbox="418 1782 1442 1871">2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la

	intervención del cuidador.) 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
B	La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
C	La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
D	La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
E	La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
F	El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).
G	El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).
H	La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.

En un estudio realizado a 196 estudiantes universitarios por Amezcua, y colaboradores (2015), con la finalidad de conocer la prevalencia de los trastornos del sueño, se encontró que el trastorno de insomnio suele prevalecer en la vida de los estudiantes, aproximadamente en un 18.4% de la población, sin embargo los porcentajes varían de acuerdo a los criterios utilizados, así como el lugar de residencia.

Tabla 1. Prevalencia de insomnio en función del sexo la edad, el área de conocimiento, el peso corporal percibido y el nivel de actividad física (N=196).

VARIABLE	CATEGORÍAS	FREC. %	IC 95%
Sexo	Mujeres	18,4%	12,25-24,46
	Hombres	18,4%	5,51-31,33
Edad	<25	18,4	12,40-24,42

	>=25	19,2	3,00-35,46
Área de conocimiento	Medicina y CS	17,4	11,71-23,17
	Otras titulaciones	25	6,32-43,68
Peso corporal percibido	Por encima de lo normal	23,7	9,52-37,85
	Normal	17,4	11,00-23,80
	Menor de lo normal	21,4	-3,20-46,01
Nivel de actividad física	Totalmente sedentaria	40,7	20,93-60,55
	Ligeramente activa	16,5	8,1-24,81
	Moderadamente activa	14,3	6,0-22,70
	Muy activa	10	-4,40-24,41
TOTAL (N=196)	18,4%		12,90-23,84

Tabla 2. Asociación del insomnio, con el sexo, la edad, area de conocimiento, peso corporal percibido y actividad física.

VARIABLE	CATEGORÍAS	ORc	I.C (95%)	ORa	IC (95%)
Sexo	Mujeres	0,99	0,40-2,48	1,16	0,43-3,16
Edad	>=25 años	1,56	0,40-3,02	1,00	0,92-1,07
Área de conocimiento	Otras titulaciones	1,57	0,60-4,31	1,62	0,53-5,00
Peso corporal percibido	Normal	0,82	0,35-1,92	1,00	0,40-2,56
	Menor de lo normal	1,06	0,24-4,62	1,17	0,23-6,02
	Ligeramente activos	0,28	0,11-0,76	0,30	0,11-0,81

Nivel de actividad física	Moderadamente activos	0,24	0,08-0,67	0,23	0,08-0,68
	Muy activos	0,16	0,03-0,84	0,17	0,03-0,92

Cirujano y colaboradores (2021), realizaron un estudio a 102 estudiantes universitarios en donde se evaluó la calidad de sueño en relación con el rendimiento académico. Dichos autores encontraron que del 100%, solo el 10.78% de los estudiantes no tiene mala calidad de sueño, mientras que el 46.08% requiere de atención y tratamiento, el 39.22% requiere de solo atención profesional, y el último 3.92% tiene graves problemas de sueño.

Por otra parte, Vilchez y colaboradores (2016) mencionan que la calidad de sueño se asocia con la depresión, la ansiedad y el estrés. En un estudio realizado por diversas universidades de Perú en 2016 a estudiantes universitarios, se encontró que de 892 alumnos, el 77.7% cuentan con una mala calidad de sueño y el 32.5% padecían ansiedad.

El siguiente estudio se enfoca en determinar la intensidad de la relación entre la sintomatología depresiva y las alteraciones del sueño, así como la afectación que esto puede tener en el ámbito cotidiano del universitario.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe evidencia científica que indica que la sintomatología depresiva es la segunda causa de discapacidad laboral en personas adultas, solamente superada por problemas cardiovasculares (OMS, 2020). No obstante la pandemia por COVID, declarada el 27 de febrero del 2020 en nuestro país México y los dos años que duró, llevó a que la población se mantuviera en cautiverio. Entre ellos los jóvenes universitarios, debieron abandonar las aulas de clase para dedicarse a la educación desde la virtualidad, sin contacto físico y social con el resto de los compañeros. Así mismo, la evidencia científica indica que un factor determinante para que se manifiesten los síntomas de depresión es el aislamiento social, lo cual abonó a que la población presentará en cantidad y tiempo los síntomas de depresión. En los universitarios el contacto directo con coetáneos es de suma importancia pues mantiene una estabilidad en sus relaciones personales, en sus emociones y en su cognición. Por otro lado, el DSM-5 (2014) indica que los problemas del sueño son parte de enfermedades psiquiátricas como la ansiedad, el consumo de sustancias y la depresión. Sin embargo cuando se convierte en un trastorno y se combina con la sintomatología depresiva, los síntomas se manifiestan con mayor complejidad, lo que repercute en la cognición y emociones de los universitarios y esto sin duda abona a alteraciones del aprendizaje, así como en las demás actividades de la vida diaria de las personas.

La siguiente investigación realizó un análisis de la sintomatología depresiva y los síntomas de trastornos del sueño en universitarios de la UAEM y la UABC, para distinguir las alteraciones y su afectación en los estudiantes. Por lo que, la pregunta que guió este estudio fue ¿Existe relación entre la sintomatología depresiva y la sintomatología de los trastornos del sueño en los estudiantes universitarios de la UAEM y UABC?

JUSTIFICACIÓN

Según el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2020), en México más del 30% de la población mayor de 12 años, por lo menos una vez en su vida se ha sentido deprimida. De los cuales el 10% manifiesta síntomas depresivos todos los días casi todo el día. Lo que es necesario determinar comorbilidades, siendo las más frecuentes y mayormente estudiadas la ansiedad. Sin embargo sabemos que los trastornos del sueño son parte de la depresión, pero cuando estos se vuelven intensos en cantidad de síntomas y tiempo de frecuencia, se convierte en comorbilidad con la depresión.

En el 2011 una encuesta hecha por el Instituto Nacional de Jalisco, determinó que uno de cada 5 personas con depresión busca ayuda profesional, acudiendo a psicología y psiquiatría. El resto de la población nunca ha acudido a un profesional, lo que sin duda es un problema grave porque la mayoría de ellos siguen realizando actividades de la vida diaria sin darse cuenta que manifiestan síntomas depresivos de baja o mediana gravedad. La mayoría de estas personas se encuentran en una edad de 18 a 45 años, una época de la vida donde la actividad rectora es el campo laboral y para los universitarios lo es la actividad educativa donde reciben día a día conocimientos nuevos que requieren una cognición y emoción idóneas para lograr los objetivos de la educación superior.

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio cuantitativo cuasiexperimental correlacional transversal, que pretende dar respuesta a la posible relación entre la sintomatología depresiva y los trastornos del sueño en estudiantes universitarios de dos instituciones públicas de nivel superior, una del centro del país en el Estado de Morelos (Universidad Autónoma del Estado de Morelos UAEM) y la otra del norte del país (Universidad Autónoma de Baja California UABC) del Estado de Baja California.

Participantes

Se evaluaron a 287 estudiantes universitarios de dos universidades, 162 de la UAEM y 125 de UABC hombres y mujeres, de los cuales sólo 218 cumplieron con los criterios de inclusión descritos más adelante para formar los dos grupos: grupo 1 con sintomatología depresiva y grupo 2 con sintomatología depresiva y sintomatología de los trastornos del sueño. Por lo tanto la muestra quedó compuesta de la siguiente manera.

Grupo 1. 95 estudiantes de 18 a 24 años de edad (M=22 edad) con sintomatología depresiva, 50 mujeres y 45 hombres.

Grupo 2. 121 estudiantes de 18 a 24 años de edad (M=22 edad) con sintomatología depresiva y sintomatología de trastornos del sueño, 80 mujeres y 41 hombres.

Criterios de inclusión

Grupo 1.

- a) Presentar sintomatología depresiva
- b) Haber cursado del primero al octavo semestre de la carrera de psicología
- c) Presentar una puntuación en escala de Beck mayor a 13 puntos para depresión moderada a grave.

Grupo 2.

- d) Presentar sintomatología depresiva
- e) Haber cursado del primero al octavo semestre de la carrera de psicología
- f) Presentar una puntuación en escala de Beck (BDI II) mayor a 20 puntos para depresión moderada a grave.
- g) Presentar una puntuación en la escala de Pittsburgh para trastornos del sueño mayor a 2 que indica alteraciones moderadas.

Criterios de exclusión

- a) Presentar trastornos psiquiátricos como ansiedad o esquizofrenia
- b) Presentar daño neurológico
- c) Antecedentes de abuso de sustancias (alcohol/drogas)
- d) No manifestar sintomatología depresiva

Hipótesis

Ho: Los estudiantes que manifiestan sintomatología depresiva acompañada de sintomatología de los trastornos del sueño presentan mayor intensidad de los síntomas depresivos comparados con los estudiantes que manifiestan solo sintomatología depresiva con menor intensidad en los síntomas depresivos.

Ha: No existe diferencia entre la sintomatología leve a grave y la comorbilidad con los trastornos del sueño.

Variables

Dependientes: Intensidad en la sintomatología depresiva y sintomatología de trastornos del sueño

Independiente: Estudiantes universitarios de 22 a 24 años de edad con sintomatología depresiva y sintomatología del trastorno del sueño.

Objetivos

General

Determinar la relación entre sintomatología depresiva leve y sintomatología depresiva leve con los trastornos del sueño en universitarios de UABC y UAEM de 18 a 24 años de edad.

Específicos

- a) Evaluar mediante la escala de Beck BDI II la sintomatología depresiva en los estudiantes universitarios.
- b) Evaluar mediante la escala de Pittsburgh la sintomatología de los trastornos del sueño en estudiantes universitarios.
- c) Comparar la intensidad de sintomatología depresiva en los estudiantes universitarios con y sin sintomatología en los trastornos del sueño.

Consideraciones éticas

El progreso de las ciencias de la salud se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación con humanos. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los investigadores y otras personas que realizan investigación en personas. Por lo tanto el deber del investigador es promover y velar por la salud de los participantes. Los conocimientos obtenidos por los estudios así como la conciencia del investigador han de subordinarse al cumplimiento de su deber. Es decir, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad (Declaración de Helsinki, 2008)

La importancia de regirnos por un código ético en el proceso no solo de nuestra investigación, sino en el quehacer diario como profesionales es más que evidente. Pero, ¿Qué es un código de ética? Para cualquier profesión es un conjunto de reglas o principios que alientan o prohíben determinados tipos de conducta profesional. Es decir, la manera de cómo el profesional debe conducirse con el público al cual le ofrece sus servicios, así como con otros profesionales (Bioética Michoacán, 2009)

Nos enfocamos en este caso al *consentimiento informado* que, dentro de un proceso de investigación, es el derecho propio e inminente del voluntario (sea sano o con algún padecimiento) así como de sus tutores (en caso de ser menor de

edad o no tener las facultades para elección propia de participar) de conocer todo el proceso que se llevará a cabo con un fin específico.

El consentimiento informado es obligatorio, siendo el formulario escrito conveniente para deslindar responsabilidad de sucesos previsibles; esto a nivel ético y legal. Las principales características que nuestro documento presenta son las siguientes:

1. Título de la investigación a realizar.
2. Nombre del voluntario (en caso necesario del tutor) o mantener su anonimato sin necesidad de reconocer por su nombre al participante.
3. Directo, breve y lenguaje simple.
4. Objetivo de la investigación.
5. Procedimiento a realizar.
6. Beneficios que se pueden esperar para el voluntario.
7. Posibles riesgos del proceso de investigación.
8. Sobre el abandono voluntario de la investigación.
9. Sobre la confiabilidad y comunicación de resultados.
10. Nombre y firma del responsable de la investigación.
11. Autorización para poder ser utilizados los resultados obtenidos para una posible publicación así como asegurar la confidencialidad del voluntario.
12. Institución (es) que avalan dicha investigación

PROCEDIMIENTO

La muestra se recabó en la carrera de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y en la Universidad Autónoma de Baja California, cumpliendo los criterios de inclusión. Se formaron dos grupos correspondientes, grupo 1 con sintomatología depresiva y grupo 2 con sintomatología depresiva y sintomatología de los trastornos del sueño. Se les leyó y firmaron el consentimiento informado, se les administró la historia clínica, para pasar a la aplicación de los instrumentos que miden la sintomatología depresiva y sintomatología en trastornos del sueño.

Instrumentos aplicados

- a) *Consentimiento informado*. Se les dio a conocer su participación voluntaria, el objetivo de la investigación y la aplicación de los instrumentos de manera virtual (presencialidad remota). Se les indicó que los datos obtenidos no serían analizados de manera individual y serían utilizados única y exclusivamente para los fines que persiguió la investigación; respetando siempre el anonimato de los participantes.
- b) *Historia clínica*. Para determinar datos sociodemográficos de los participantes aunado a establecer la inclusión o exclusión del estudio ante padecimientos psiquiátricos, neurológicos o consumo de sustancias.
- c) *Escala para medir la depresión de Beck BDI II*. Es una escala-autoinforme de lápiz y papel o virtualizado compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles y latinoamericanos (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.
- d) *Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh*. Este instrumento ha sido creado para medir la calidad del sueño en pacientes con trastornos psiquiátricos. Está compuesto por 24 ítems, aunque sólo se tienen en cuenta 19 para su

corrección. Además, está dividido en 7 dimensiones: Calidad del sueño subjetiva (se refiere a que tan «bien» o «mal» las personas perciben que duermen); Latencia del sueño (se refiere al tiempo que toma quedarse dormido a partir de que se comienza a intentarlo); Duración del sueño (es decir, la cantidad de horas que duermen); Eficiencia habitual del sueño (se refiere al porcentaje de tiempo que se duerme respecto al tiempo que se pasa en cama acostado); Perturbaciones del sueño (implica síntomas de insomnio, apnea y dificultad para mantener el sueño por mencionar algunos); Uso de medicación (es el uso de medicamentos prescritos para dormir); Disfunción diurna (se refiere a la sensación de somnolencia durante el día y las posibles dificultades que se pueden presentar a causa de la misma). Se contesta con una escala tipo Likert que va desde 0 a 4. Para su corrección se obtiene un perfil del sueño en cada una de las dimensiones que oscila entre 0 y 3 y una puntuación total que puede oscilar entre 0 y 21.

ANÁLISIS DE DATOS

Una vez obtenido los datos a través de las evaluaciones con los instrumentos ya mencionados, se procedió a realizar los análisis descriptivos y estadísticos a través del procesador estadístico SPSS. Para las variables sociodemográficas se realizó un análisis descriptivo, mientras que para conocer la correlación entre variables se realizó un análisis de Spearman, tomando como diferencias significativas $< .05$.

RESULTADOS

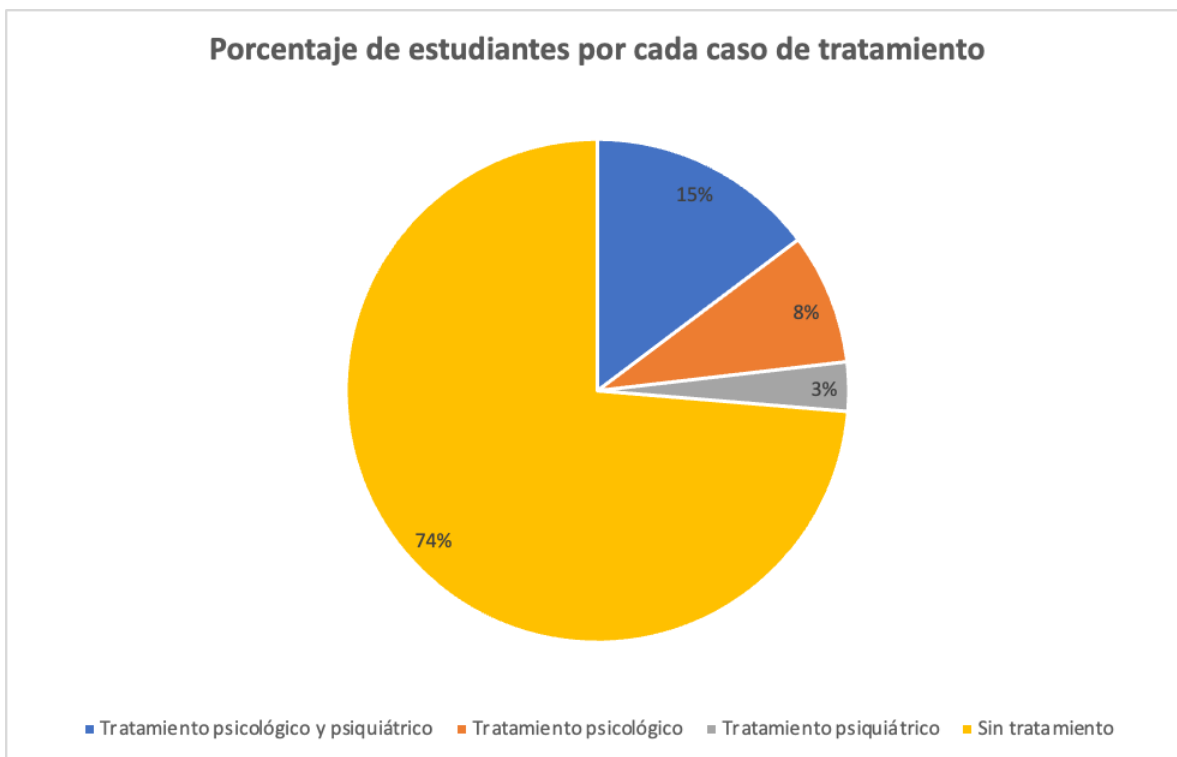
Con base a los datos obtenidos, se encontró que el grupo 1 muestra una depresión leve, comparada con el grupo 2 que manifiesta una depresión moderada a grave. Ver tabla 1.

Tabla 1. Resultados descriptivos de la sintomatología depresiva en los grupos 1 y 2.

GRUPO 1		GRUPO 2	
<i>Escala de depresión de Beck BDI II</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	Puntuación promedio	Interpretación
15	Depresión leve	27	Depresión moderada a grave

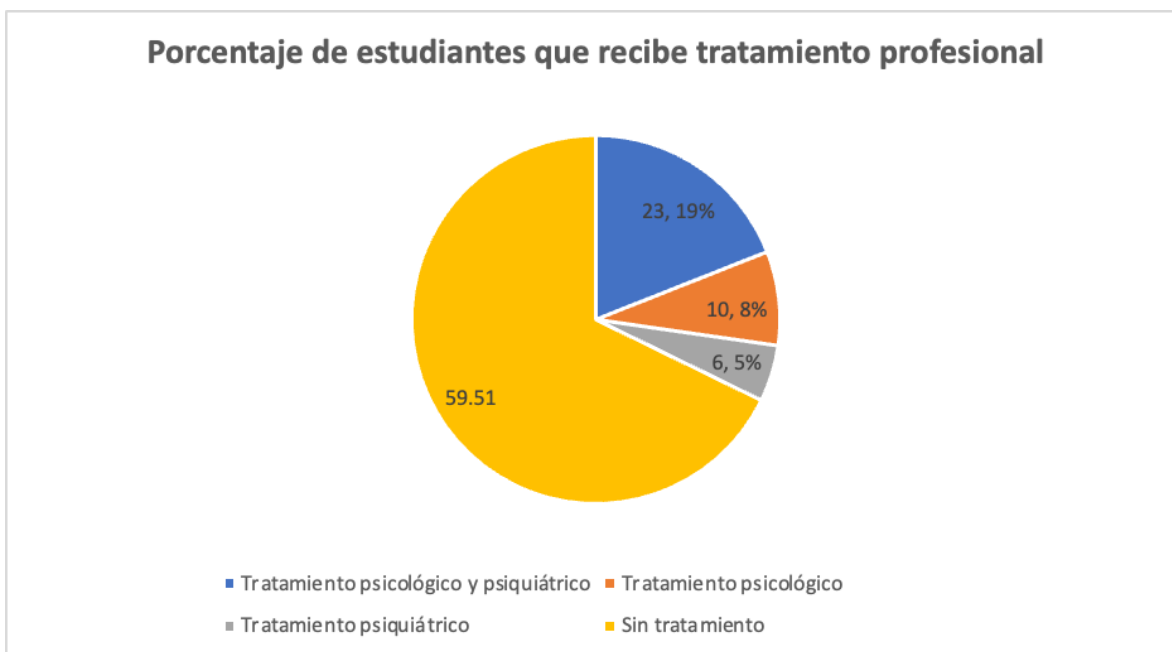
Nota: Grupo 1 n= 95, grupo 2 n= 121. Medidas de interpretación de BDI II, 0-13 sin depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; 29-63, depresión grave.

Del total de la muestra del grupo 1, se encontró que el 15% sigue un tratamiento psicológico y psiquiátrico, el 8% solo tratamiento psicológico y el 3% solo tratamiento psiquiátrico. El resto no cuenta con ningún tipo de tratamiento profesional. Ver gráfica 1.



Gráfica 1. Grupo 1, donde se observan los porcentajes de acuerdo al tratamiento profesional que cada uno de los 95 participantes ha tenido para tratar la sintomatología depresiva.

En cuanto al grupo 2, se reportó que el 23% siguen un tratamiento combinado de psicología y psiquiatría, el 10% solo tratamiento psicológico y el 6% solo tratamiento psiquiátrico. El resto de la muestra no recibe tratamiento profesional 59.51%. Ver gráfica 2.



Gráfica 2. Grupo 2, donde se observan los porcentajes de acuerdo al tratamiento profesional que cada uno de los 121 participantes ha tenido para tratar la sintomatología depresiva.

Referente a los resultados obtenidos en cuanto a la sintomatología de los trastornos del sueño se encontró que el grupo 2 tiene una elevada sintomatología en 5 de las 7 dimensiones que mide el instrumento, mientras que en el grupo 1, no hay sintomatología del sueño. Ver tabla 2.

Tabla 2. Resultados descriptivos de la sintomatología de los trastornos del sueño en los grupos 1 y 2.

GRUPO 1		GRUPO 2	
<i>Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh</i>			
<i>1. Calidad del sueño subjetiva</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	Puntuación promedio	Interpretación
1	Baja	3	Alta
<i>2. Latencia del sueño</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	puntuación promedio	Interpretación
0	Nula	1	Baja

<i>3. Duración del sueño</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	Puntuación promedio	Interpretación
1	Baja	2	Alta
<i>4. Eficacia habitual del sueño</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	Puntuación promedio	Interpretación
1	Baja	3	Alta
<i>5. Perturbaciones del sueño</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	puntuación del sueño	Interpretación
0	Nula	2	Alta
<i>6. Uso de medicación</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	Puntuación promedio	Interpretación
0	Nula	0	Nula
<i>7. Eficiencia habitual del sueño</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	Puntuación promedio	Interpretación
0	Nula	3	Alta
<i>PUNTUACIÓN TOTAL</i>			
Puntuación promedio	Interpretación	Puntuación promedio	Interpretación
3	Baja	14	Alta

Nota: Grupo 1 n= 95, grupo 2 n= 121. Medidas de interpretación de Pittsburgh, Para cada una de las dimensiones se toma en cuenta: 0-1 ligera sintomatología; 2-3 niveles altos de sintomatología. El total de la escala es de 0-21 puntos, siendo de 9-21 problemas en el sueño por la alta sintomatología.

Para conocer la correlación entre la sintomatología depresiva y la sintomatología de los trastornos del sueño, se realizó un análisis estadístico de Spearman tanto para el grupo 1 como para el grupo 2. Se observa que en el grupo 1, no existe ninguna correlación significativa en las siete dimensiones que mide la escala de trastornos del sueño y la sintomatología depresiva, así mismo en el total de las siete dimensiones y la sintomatología depresiva tampoco se encontró correlación. Ver tabla 3.

Tabla 3. Grupo 1, correlación de Spearman de los puntajes obtenidos en el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (puntaje bajos= sin sintomatología) y la sintomatología depresiva medidas por el BDI II n=95

7 Dimensiones de la sintomatología de trastornos del sueño	Sintomatología depresiva	p
<i>Calidad del sueño subjetiva</i>	.03	.09
<i>Latencia del sueño</i>	.05	.08
<i>Duración del sueño</i>	.03	.06
<i>Eficacia habitual del sueño</i>	.09	.06
<i>Perturbaciones del sueño</i>	.03	.09
<i>Uso de medicación</i>	.02	.08
<i>Eficiencia habitual del sueño</i>	.07	.06
PUNTUACIÓN TOTAL	.05	.07

*Se puede observar no que existe una correlación estadísticamente significativa < 05 bilateral. La fuerza de correlación puede leerse .0<.1 no hay correlación, .1<.3 poca correlación, .3<.5 correlación media, .5<.7 correlación alta y .7<1 correlación muy alta. (Martinez, 2009)

En cuanto al grupo 2 se observa una correlación estadísticamente significativa en 5 de las siete dimensiones entre la sintomatología depresiva y la sintomatología de los trastornos del sueño. Ver tabla 4.

Tabla 4. Grupo 4, correlación de Spearman de los puntajes obtenidos en el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (puntaje bajos= sin sintomatología) y la sintomatología depresiva medidas por el BDI II n=121

7 Dimensiones de la sintomatología de trastornos del sueño	Sintomatología depresiva	p
<i>Calidad del sueño subjetiva</i>	.38*	.03
<i>Latencia del sueño</i>	.05	.06
<i>Duración del sueño</i>	.45*	.03
<i>Eficacia habitual del sueño</i>	.76*	.00
<i>Perturbaciones del sueño</i>	.54*	.02
<i>Uso de medicación</i>	.02	.09
<i>Eficiencia habitual del sueño</i>	.74*	.00
PUNTUACIÓN TOTAL	.51*	.03

*Se puede observar que existe una correlación estadísticamente significativa < 05 bilateral. La fuerza de correlación puede leerse .0<.1 no hay correlación, .1<.3 poca correlación, .3<.5 correlación media, .5<.7 correlación alta y .7<1 correlación muy alta. (Martinez, 2009)

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con base a los resultados obtenidos se sugiere que los universitarios presentan padecimientos emocionales, psicológicos y sociales que afectan de alguna forma como piensan, sienten y actúan. La depresión, si bien es cierto, hoy sabemos que es la primera causa de discapacidad laboral, solamente superada por problemas cardiovasculares, poco se ha estudiado la comorbilidad con otros padecimientos entre ellos los trastornos del sueño.

Cuando el universitario siendo un joven de 18 a 24 años de edad que manifiesta sintomatología depresiva y alteraciones del sueño es difícil determinar la causalidad de dicha comorbilidad.

Sin lugar a dudas, uno de los grandes retos de la sociedad actual es la salud mental de los jóvenes; los problemas de violencia, inseguridad, desigualdad, aspectos económicos, problemas laborales, problemas familiares y sociales en su conjunto hacen que la sintomatología depresiva se manifieste con mayor intensidad, teniendo pocas herramientas emocionales para poder enfrentar los trastornos mentales.

Las alteraciones del sueño que hoy viven los jóvenes universitarios se deben a factores multicausales entre ellos el mal hábito de dormir (no siendo el único). Es muy importante recordar que el cerebro no es un sistema inmediato que responda a un sueño profundo cuando no se cuenta con los hábitos y herramientas para lograrlo, aunado a la comorbilidad de la sintomatología depresiva, que agrava ambos trastornos mentales.

Varios autores concuerdan que la ansiedad y la depresión son las causas más comunes entre los jóvenes, lo que los lleva a manifestar preocupaciones, miedos intensos y pensamientos excesivos sobre situaciones de la vida cotidiana, siendo la actividad rectora su educación superior donde es necesario contar con procesos psicológicos superiores estables para un desempeño adecuado en tareas relacionadas a la educación. No obstante la depresión y los trastornos del sueño

empeoran su rendimiento académico, su estabilidad emocional y conducta de la vida diaria.

Los resultados obtenidos muestran que la mayoría de los universitarios que manifiestan depresión, bien sea leve o intensa, no reciben tratamiento profesional psicológico y psiquiátrico, lo anterior puede deberse a varios factores entre ellos la dificultad de diferenciar un estado emocional estable y uno patológico. Los datos indican que uno de cada diez jóvenes acude a tratamiento mientras que el resto permanece la mayor parte de su vida sin darse cuenta de que padece una alteración mental.

Es necesario indicar que los estados depresivos no son un signo de debilidad o algo que se pueda superar con fuerza de voluntad, si no se atienden pueden tener consecuencias graves, entre ellos las alteraciones del sueño.

Es importante que dentro de los tratamientos que recibe un paciente con depresión leve sea diferente al paciente que además de tener depresión severa vaya acompañada de trastornos del sueño, puesto que al ser comórbidos agravan la situación. La mayoría de los jóvenes que han manifestado recibir tratamiento profesional indican que no hay diferencia en el mismo (psicológico y psiquiátrico) sin importar la gravedad y el acompañamiento con otras alteraciones mentales.

Por otro lado la situación se agravó en el 2020 por la llegada de la pandemia por COVID 19 que al estar en aislamiento pudo acrecentar la intensidad y la cantidad de jóvenes con depresión y trastornos del sueño por lo que las intervenciones y prevención debe centrarse en identificar qué determinantes están involucrados en los jóvenes universitarios, de esta manera conocer las estructuras de salud mental que en ellos prevalecen tomando en cuenta sus aspectos individuales y sociales. Actuar sobre estos determinantes de la salud mental requiere involucrar sectores responsables de la educación y protección social donde las instituciones de nivel superior deben brindar programas encaminados a la detección, prevención y seguimiento de la salud mental de sus estudiantes.

El presente estudio muestra que en la escala de Pittsburgh aplicada que permite conocer a detalle la calidad del sueño de los estudiantes universitarios evaluados nos muestra que aquellos con sintomatología depresiva leve tienen menos alteraciones en su calidad del sueño, comparados con aquellos que presentan mayor severidad en la sintomatología depresiva, es decir que a mayor gravedad en la depresión, mayor alteración en la calidad subjetiva del sueño, duración del sueño, eficacia habitual del sueño, perturbaciones del sueño y eficiencia habitual del sueño.

Se encontró que los estudiantes con sintomatología depresiva severa y trastornos del sueño se relacionan bidireccionalmente, es decir hay una correlación entre ambos trastornos mentales sin conocer cuál de ellos es la causalidad. El autor Beneto (2007) demostró que la depresión se presenta frecuentemente en quienes también presentan insomnio, los estudiantes universitarios que padecen insomnio tienden a tener siete veces más probabilidad de manifestar depresión moderada a grave. Por otro lado, el estudio de Vilchez-Cornejo y colaboradores (2016) encontró que los pacientes jóvenes con depresión grave suelen manifestar en un 85% de los casos alteraciones del sueño. Los datos anteriores concuerdan con los encontrados en esta investigación.

Por último es necesario mencionar que nuestro estudio presenta limitaciones y preguntas sin resolver que pueden ser retomadas en trabajos científicos posteriores entre ellos no se hizo un análisis para determinar la depresión y los trastornos del sueño entre hombres y mujeres, tampoco se determinó si estos trastornos mentales perjudican de diferente forma en los universitarios que se dedican únicamente a estudiar y en aquellos que trabajan, así mismo no se interpretó posibles diferencias entre estudiantes de la UAEM y la UABC.

REFERENCIAS

American Psychological Association APA. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Mexico.panamericana

Amezcu Prieto, C., Olmedo Requena, R., Román Gálvez, M. R., & Tuyani Solimán, N. (2015). Prevalencia de los Trastornos del Sueño en Universitarios. *Actualidad Médica*, (795). DOI: 10.15568/am.2015.795.or01

Beneto, A. (2007) Comorbilidad insomnio-depresión. *Asociación Ibérica de Patología del Sueño*. 17 (2) 116-120
<https://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-pdf-13085199>

Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K. G., Sánchez-Vázquez, I., & Rangel-Caballero, M. F. (2018). Trastornos del sueño: ¿ qué son y cuáles son sus consecuencias?. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6-20.
<https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=s0026-17422018000100006>

CIRUJANO, P. D. M., CORCUERA, M. S. I., ROSALES, V. L. P., CARRIL, R. M. D. J. S., DÍAZ, L.C., & AGUIRRE, R. W. T. CALIDAD DE SUEÑO Y RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA 2021.
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11963/Calidad_IzaguirreCorcuera_Maria.pdf?sequence=1

Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11),(2022). Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>.

Cobacango Villavicencia, J., Macías Arteaga, J. B., Ordoñez Cedeño, E. M., Palma Perero, A. J., & Valdiviezo Gorozabel, J. A. (2019). Trastornos del sueño y su influencia en la conducta de los estudiantes. *Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo*, (agosto).
<https://www.eumed.net/rev/atlante/2019/08/trastornos-sueno-estudiantes.html>

Córdova-De la Cruz, J., Huerta-Rosario, A., Espinoza-Amaya, J., Palacios-Vargas, L., y Díaz-Vélez, C. (2016) Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, (54) 4, 272- 281
<https://www.redalyc.org/pdf/3315/331549488002.pdf>

Del Carmen Silva-Cornejo, M. (2021). Calidad de sueño en estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud en una universidad pública peruana. *Revista Médica Basadrina*, 15(3), 19-25.

Del Cid, M. T. C. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica hondureña*, 89(Supl. 1), 46-52.
<https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>

Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527-534.

Guadamuz, J; Miranda, M. y Mora, N. (2022). Trastornos del sueño. Prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sinergia*, 7 (7), 0-1.
<https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.860>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2022). Estadísticas relacionadas al porcentaje de población mexicana que padece trastornos mentales. Recuperado en: www.inegi.org.mx

Instituto Nacional de Salud Pública (2023). Sintomatología depresiva según el instituto nacional de salud pública. Revisado en: <https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion>

Martínez Ortega, R. M., Tuya Pendás, L. C., Martínez Ortega, M., Pérez Abreu, A., & Cánovas, A. M. (2009). EL COEFICIENTE DE CORRELACION DE LOS RANGOS DE SPEARMAN CARACTERIZACION. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2) <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414044017>

Mieres, D. O., & Medina, C. L. A. (2020). Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. *ScientiAmericana*, 7(2), 45-56.
<https://revistacientifica.sudamericana.edu.py/index.php/scientiamericana/article/view/180/204>

Miró, E., Lozano, M. D. C. C., & Casal, G. B. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, (14), 11-27.

Muñoz, V., Alvarado, C. L. A., Barros, J. M. T., & Malla, M. I. M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes: Artículo original. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 6-1. <https://rev-sep.ec/index.php/johs/article/view/8>

NAVARRO VERGARA, A. L. B. E. R. T. O., & GONZÁLEZ RABELINO, G. A. B. R. I. E. L. (2022). TRASTORNOS DEL SUEÑO Y SU IMPACTO EN EL NEURODESARROLLO. *MEDICINA (Buenos Aires)*, 82. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v82s3/1669-9106-medba-82-s3-30.pdf>

Obregón-Morales, B., Montalván-Romero, J. C., Segama-Fabian, E., Dámaso-Mata, B., Panduro-Correa, V., & Arteaga-Livias, K. (2020). Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Educación Médica Superior*, 34(2).

Organización Mundial de la Salud (2023). Sintomatología depresiva según la organización mundial de la salud. Revisado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Portilla-Maya, S. D. L., Dussán-Lubert, C., Montoya-Londoño, D. M., Taborda-Chaurra, J., & Nieto-Osorio, L. S. (2019). Calidad de sueño y somnolencia diurna excesiva en estudiantes universitarios de diferentes dominios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 84-96.

Sierra, J. C., Jiménez-Navarro, C., & Martín-Ortiz, J. D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud mental*, 25(6), 35-43. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17415>

Suardiaz-Muro, M., Morante-Ruiz, M., Ortega-Moreno, M., Ruiz, M. A., Martín-Plasencia, P., & Vela-Bueno, A. (2020). Sueño y rendimiento académico en estudiantes universitarios: revisión sistemática. *Revista de neurología*, 43(53), 2-22.

Torres, V., & Monteghirfo, R. (2011). Trastornos del sueño. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 29-46. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/supl1/3.pdf>

Tuyani Solimán, N., Román Gálvez, M. R., Olmedo Requena, M. R., & Amezcua Prieto, M. D. C. (2015). Prevalencia de los Trastornos del Sueño en Universitarios. DOI: 10.15568/am.2015.795.or01

Villavicencio Gallego, S., Hernández Nodarse, T., Abrahantes Gallego, Y., de la Torre Alfonso, Á., & Consuegra, D. (2020). Un acercamiento a los trastornos del sueño en estudiantes de Medicina. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 682-690.

Vilchez-Cornejo, J., Quiñones-Laveriano, D., Failoc-Rojas, V., Acevedo-Villar, T., Larico-Calla, G., Mucching-Toscano, S., ... & Díaz-Vélez, C. (2016). Salud mental y calidad de sueño en estudiantes de ocho facultades de medicina humana del Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(4), 272-281. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-92272016000400002&script=sci_arttext

Zúñiga-Vera, A., Coronel-Coronel, M., Naranjo-Salazar, C., & Vaca-Maridueña, R. (2021). Correlación entre calidad de sueño y calidad de vida en estudiantes de Medicina. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 30(1), 77-80.